

Die unterzeichnete Teilnahmeerklärung bitte per Post an die folgende Adresse bei der AOK Hessen übersenden:

**AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
APM Fallmanagement ORGA 55710
35387 Gießen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Teilnahmeerklärung für die Besondere Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie

VT001

Ich erkläre hiermit, dass

- ich bei der AOK Hessen versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über diesen Vertrag informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen benannt wurden.
- ich informiert wurde, dass
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich 12 Monate nach Teilnahmebeginn und bis zum Behandlungsabschluss gilt,
 - eine separate Kündigung durch mich nach erfolgter Behandlung nicht mehr notwendig ist,
 - **ich die Teilnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung und vor Durchführung der Behandlung ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK.**
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK Hessen informiere, da ggf. die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit dem Ende meiner Mitgliedschaft bei der AOK Hessen der Ausschluss aus diesem Vertrag erfolgt.
- die Teilnahme an diesem Vertrag - vorbehaltlich der Prüfung der Teilnahmebedingungen - mit sofortiger Wirkung erfolgt.
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden, soweit diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag.

Ja, ich möchte an diesem Integrierten Versorgungsvertrag im Bereich der ambulanten Venentherapie teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme **einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung** einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Ja, ich wurde vom Leistungserbringer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
TT	MM	JJJ					

Stempel und Unterschrift des Arztes