

Anlage 1

Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten

Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V für Zahnprävention

Vertragskennzeichen: 171A1400013

per Fax an: 05141 15-9861

Tel: 05141 15-861

Mobil Krankenkasse
Team Selektiv- und kollektivvertragliche Abrechnung
29218 Celle

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

Teilnahmeerklärung:

Das Versorgungsangebot im Rahmen dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mit den einzelnen Behandlungsschritten und den Teilnahmebedingungen wurde mir von meinem gewählten und behandelnden Arzt vorgestellt.

.....
(aufklärender Arzt, LANR, BSNR)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- über die Inhalte des Versorgungsmodells, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche.
- die Patienteninformation erhalten habe und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin.
- bei der Mobil Krankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Während der Teilnahme sind die Versicherten für diese Behandlung an den von ihnen gewählten Arzt gebunden. Die aktive Mitwirkung des Versicherten ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei einem Pflichtverstoß können dem Versicherten Leistungen innerhalb dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.
- **ich meine Erklärung zur Teilnahme an dem Versorgungsmodell innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe widerrufen kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Mobil Krankenkasse erfolgen und bedarf keiner Begründung.**
- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
 - o mit einem Krankenkassenwechsel,
 - o mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - o bei vollständiger Leistungserbringung, spätestens nach der U6-Kinderuntersuchung,
 - o beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer,
 - o mit dem Datum, an dem die Mobil Krankenkasse den Vertrag beendet.

<u>T</u>	<u>T</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>

Unterschrift des Versicherten

Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten und Zahnärzten verarbeitet und zwischen den Vertragspartnern (Mobil Krankenkasse,

teilnehmende Gynäkologen, Zahnärzte und Kinder- und Jugendärzte) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Leistungsdatum, Abrechnungsdaten, Entbindungstermin, Schwangerschaftswoche, behandelnder Leistungserbringer, Modulinanspruchnahme) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und des Vertragscontrollings zwischen den Vertragspartnern weitergegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden – sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht (z.B. Arztwechsel).

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Die Patienteninformation nach Art. 13 DS-GVO habe ich erhalten und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

--	--

T T

--	--	--

M M

--	--	--	--

J J J J

Unterschrift der Versicherten bzw. der/des Sorgeberechtigten