

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Teilnahmeerklärung des Versicherten

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

1. Der behandelnde Haus- bzw. Facharzt hat mich darüber aufgeklärt, dass sich mein Allgemeinzustand durch palliativmedizinische Maßnahmen verbessern lässt. Ich wünsche, die mir verbleibende Zeit durch qualifiziertes medizinisches Zusammenwirken der mich betreuenden Ärzte möglichst schmerzfrei im häuslichen Umfeld zu erleben.
2. Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird.
3. Ferner stimme ich der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zu. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der ärztlichen Berufsordnung sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung.

Ja, ich möchte an dieser speziellen palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten
oder seines Betreuers oder eines in häuslicher
Gemeinschaft lebenden Angehörigen

Die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 der Vereinbarung liegen vor.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes