

## Besondere Versorgung (DAK-Spezialisten-Netzwerk)

### Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion

Vertrags-Nr.:

**121202DA002**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot für Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Im Rahmen dieser besonderen Versorgung bieten wir Ihnen:

- umfassende Informationen über das Erkrankungsbild und die Infektionswege der Hepatitis C,
- leitliniengerechtes Monitoring während der antiviralen Therapie in Abhängigkeit von der individuellen Therapiedauer,
- interdisziplinäre Koordination der Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen und
- Vereinbarung individueller Therapieziele im Rahmen eines oder bei Bedarf mehrerer Adhärenzgespräche.

Ziel dieses Vertrages ist:

- die Qualität der Betreuung und der medikamentösen Behandlung von Versicherten mit einer chronischen Hepatitis C weiter zu optimieren,
- die Zahl der erfolgreich abgeschlossenen Therapien unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie der Hepatitis-C-Patienten weiter zu erhöhen und
- die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine am individuellen Krankheitsverlauf abgestimmte, qualitätsgesicherte und passgenaue Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse durch in der Therapie erfahrene Ärzte zu etablieren.

## Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/121202DA002](http://www.dak.de/121202DA002) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern.

## Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von drei Quartalen (für das Quartal der antiviralen Therapie und zwei nachfolgende Betreuungsquartale) an die besondere Versorgung gebunden sind.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Leistungserbringer-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

## Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.