

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

# Erklärung zur Teilnahme

Besondere Versorgung:  
 Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von  
 Begleiterkrankungen  
 der Hypertonie in Westfalen-Lippe

**- Original bei der KVWL einreichen -**

## 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde.
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- dass ich mich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung binde und ich meine Teilnahme spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- dass die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzung, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

**Belehrung über Ihr Widerrufsrecht.** Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

## 2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Diese Teilnahmeerklärung wird der zuständigen Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Westfalen-Lippe“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Die Versicherteninformation und das Datenschutzmerkblatt habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

## - Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Westfalen-Lippe.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Vertragsarztstempel