

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

# Erklärung zur Teilnahme

zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

## - Tonsillotomie KNAPPSCHAFT -

### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- Hiermit erkläre ich/wir, dass mein/unser Kind bei der KNAPPSCHAFT versichert ist.
- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie.
- Die Teilnahmevoraussetzungen und die Leistungsinhalte sind im Einzelnen in der Anlage zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung aufgeführt.**
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Für die Dauer dieser Behandlung besteht die Verpflichtung, nur an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung hin in Anspruch zu nehmen. Diese Bindung kann auf schriftlichen Antrag nur aus wichtigem Grund (Wohnortwechsel, Praxisaufgabe, Störung des Vertrauensverhältnisses) aufgehoben werden.
- Die Teilnahme an diesem Vertrag kann jederzeit schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gekündigt werden.
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - mit dem Ende der 3. Nachbehandlung, spätestens sechs Wochen nach der Durchführung der Tonsillotomie,
  - mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - bei Beendigung des Vertrages.

### Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen

- Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber der KNAPPSCHAFT ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung.

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

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten meines/unseres Kindes bin ich/sind wir einverstanden. Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich. Diese Teilnahmeerklärung wird der KNAPPSCHAFT 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, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT informiert die KVWL über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende. Sollte die zweite und dritte postoperative Nachbehandlung anstatt vom Operateur von einem nachbehandelnden HNO-Arzt durchgeführt werden, willige ich/willigen wir in die Übermittlung des Befundes vom nachbehandelnden HNO-Arzt an den Operateur ein. Die für diese Vereinbarung auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus der Vereinbarung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Ja, mein/unser Kind nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer Tonsillotomie teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unsere(r) Unterschrift. Die Versicherteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.**

<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	2	0		
		J	J	J	J		

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### - Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

<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	2	0		
		J	J	J	J		

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel

-----  
Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)