

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

**Anlage 4**  
**Information und Teilnahme-**  
**erklärung des/der**  
**Patienten/ Patientin**  
zur Teilnahme an der integrierten  
Gesundheitsversorgung  
„Früherkennung von Vorhofflimmern“

- 
- Zustimmung zur Datennutzung
- 
- Befragung zur Lebensqualität

***Ich möchte die Vorteile der "integrierten Versorgung" nutzen und wünsche meine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.***

Ich bin über die Inhalte und die an dieser Integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir auch Informationsmaterial ausgehändigt. Mein Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.

***Ich bin mit folgenden Regelungen einverstanden:***

- (1) Leistungen, die in der integrierten Gesundheitsversorgung vorgehalten werden, können nicht durch andere als die teilnehmenden Leistungserbringer erbracht werden.
- (2) Die meine Person betreffenden, im Rahmen der integrierten Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde können von der apoplex medical technologies GmbH sowie den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung sowie zur Erstellung der wissenschaftlichen anonymisierten Auswertung genutzt werden.
- (3) Die teilnehmenden Leistungserbringer sowie die apoplex medical technologies GmbH können der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die meine Person betreffenden, im Rahmen der integrierten Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde übermitteln. Diese Daten werden der KKH anonymisiert (ohne Personenbezug) übergeben. Die Informationen können von der KKH und der apoplex medical technologies GmbH zu statistischen Zwecken und vom MDK zum Zwecke der Qualitätssicherung ausgewertet werden.
- (4) Die Kaufmännische Krankenkasse – KKH wird mich im Verlauf/nach Beendigung dieser integrierten Behandlung über deren Verlauf und Ergebnis und der daraus resultierende Änderung meiner Lebensqualität befragen. Meine Antworten dürfen in anonymisierter Form ausgewertet werden.
- (5) Die Teilnahmeerklärung wird meiner Krankenkasse übermittelt.

***Mir ist bekannt,***

dass die Teilnahme an der integrierten Versorgung freiwillig ist und ich meine Zustimmung zur Teilnahme und Datenverarbeitung/-nutzung ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und meine Daten gelöscht werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer