

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

**Teilnahmeerklärung des Versicherten
zur vernetzten
Versorgung mit dem Praxisnetz
Nürnberg Süd eV (PNS)**



**BARMER
170712AE004**

**Original für den Versicherten –
Vorder-/ Rückseite**

- Ersteinschreibung
- Arztwechsel

Ja,

- o ich möchte an der vernetzten Versorgung der BARMER mit dem Praxisnetz PNS eV teilnehmen.
- o Meine Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme konnte ich ausreichend klären. Dieses betrifft insbesondere die Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung.
- o Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann.
- o Ich stimme der Weitergabe meiner Sozialdaten an die BARMER und an das Praxisnetz PNS eV zu.
- o Die Information zur Teilnahme am BARMER Vertrag zur vernetzten Versorgung mit dem Praxisnetz PNS eV und zum Datenschutz (siehe Rückseite) habe ich gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden.
- o Mir ist bekannt, dass der gewählte Koordinationsarzt für mich die medizinisch notwendigen Leistungen koordiniert und ich andere Ärzte nur auf Überweisung meines gewählten Koordinationsarztes in Anspruch nehmen kann. Nur im Notfall oder bei akuter Behandlungsbedürftigkeit bin ich berechtigt, ohne Überweisung meines Koordinationsarztes direkt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- o Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der vernetzten Versorgung mit dem Praxisnetz PNS eV nur unter der Voraussetzung im Folgequartal beginnt, dass meine Teilnahme von der BARMER gegenüber dem Praxisnetz PNS eV nach den Vorschriften des zugrunde liegenden Vertrages bestätigt wird.
- o Mir ist bekannt, dass ich nicht parallel am Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung, dem Kinder- und Jugendvertrag der BARMER sowie dem Vertrag über die Integrierte Versorgung der BARMER mit der GMZ-GesundheitsManagement Zentral GmbH und der Integrierten Versorgung mit dem PNS teilnehmen kann.

Einwilligungserklärung

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme an der vernetzten Versorgung der BARMER mit dem Praxisnetz PNS eV bezüglich der Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung zu klären. Ich habe das Original der Teilnahmeerklärung nach Unterzeichnung erhalten. Ich willige darin ein, dass die mich betreffenden Sozialdaten vom Praxisnetz PNS eV an die BARMER weitergegeben werden können. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Meine Teilnahme an der vernetzten Versorgung wird in diesem Fall beendet.

Ich habe die „Patienteninformation“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen der Teilnahme an der vernetzten Versorgung zwischen der BARMER und dem Praxisnetz PNS eV einverstanden und bestätige dies mit meiner/ unserer Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

nur vom Arzt auszufüllen Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag ergebenden besonderen Aufgaben als gewählter Koordinationsarzt wahrnehme und den Versicherten über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung seiner Behandlungsdaten im Rahmen der o.g. vernetzten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Patienteninformation

zum Vertrag der vernetzten Versorgung gemäß § 73a SGB V zwischen BARMER und dem Praxisnetz PNS eV

Bitte vor dem Unterschreiben der Teilnahmeerklärung durchlesen!

Wesentliche Ziele und Ihre persönlichen Vorteile

Die Ärztinnen und Ärzte des Praxisnetz PNS eV verstehen die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten als eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie arbeiten nach anerkannten Richtlinien des Qualitätsmanagements, bilden sich regelmäßig in Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen fort, wenden Behandlungsleitlinien an und führen vertrauliche Patientenbefragungen durch, um so auch die Patientensouveränität zu stärken. Mit dem Vertrag zur vernetzten Versorgung will die BARMER diese innovative Versorgungsstruktur unterstützen und weiter fördern. Im Rahmen der Vertragsumsetzung sollen Versorgungsdefizite analysiert und hierfür gemeinsam anhand medizinischer und prozessbezogener Qualitätsindikatoren regionale Lösungen erarbeitet werden. Zu dieser **qualitativ hochwertigen vernetzten Versorgung** gehören insbesondere eine abgestimmte und koordinierte Therapie aufgrund der Wahl eines Koordinationsarztes Ihres Vertrauens, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden und ein gezieltes Arzneimittel-, sowie Care- und Case Management durchzuführen. Ihr Koordinationsarzt ist Ihr erster und zentraler Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen. Darüber hinaus bieten wir Ihnen **Servicevorteile**: erweiterte Sprechstundenzeiten am Abend, Wartezeitenmanagement (außer bei Notfällen) sowie Hilfe bei der Vermittlung von dringenden Facharztterminen. Teilnehmer binden sich mindestens 1 Jahr an Ihren Koordinationsarzt. Sie können Ihre Teilnahme danach jederzeit 4 Wochen vor Quartalsende schriftlich gegenüber der BARMER kündigen.

Informationen zur Datenverarbeitung

Ihre Teilnahme am Vertrag zur vernetzten Versorgung ist freiwillig. Sie ist jedoch nur möglich, wenn vom Versicherten bzw. den Erziehungsberechtigten in den nachfolgend beschriebenen Ablauf eingewilligt wird. Dieses gilt insbesondere für die Datenverarbeitung, über die wir an dieser Stelle informieren möchten, bevor Sie **Ihre Einwilligung mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geben**.

Das Praxisnetz PNS eV übernimmt als Managementgesellschaft die Organisation der Patienteneinschreibung.

Der Koordinationsarzt – i.d.R. Ihr Hausarzt - erläutert Ihnen die vernetzte Versorgung und schreibt Sie nach Ihrer Einwilligung in den Vertrag ein. Hierfür müssen Sie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung unterschreiben. Diese schickt Ihr Koordinationsarzt an das Management des Gesundheitsnetzes (Büro). Damit die teilnehmenden Ärzte eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, übermittelt das Netzmanagement Ihre Daten zu Abrechnungszwecken elektronisch an die BARMER. Übermittelt werden hierbei folgende Daten zu Ihrer Person: Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., Betriebsstättennummer des Koordinationsarztes, Versichertenstatus, Datum Teilnahmebeginn und ein Merkmal, das erkennen lässt, dass der Versicherte am o.g. Vertrag teilnimmt. Die BARMER prüft die Versichertendaten und meldet eine Teilnahmebestätigung an das Netzmanagement zurück.

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten erhoben, die zur gängigen medizinischen Dokumentation gehören und dazu dienen, die Qualität der Therapie zu sichern. Die beteiligten Ärzte sind über eine geschützte Datenverbindung miteinander verbunden und können Befundberichte elektronisch schnell und mühelos untereinander austauschen. Informationen werden in dieser Form nur im erforderlichen Umfang von Ärztinnen / Ärzten des Praxisnetz PNS eV ausgetauscht. Zur Qualitätssicherung der Versorgungsabläufe und Weiterentwicklung dieser vor Ort werden Abrechnungsdaten in anonymisierter (d.h. ohne Personenbezug) Form von der BARMER ausgewertet und mit dem Praxisnetz PNS eV besprochen. Nach Kündigung der Vertragsteilnahme durch den Versicherten oder einen Arzt bzw. nach Auflösung des Vertrages werden alle Daten unmittelbar gelöscht.

Das Praxisnetz PNS eV verpflichtet sich dazu, sämtliche Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches zu beachten. Darüber hinaus sind weitere Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit vertraglich vereinbart.