

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

**Teilnahme- und  
Einwilligungserklärung zur  
besonderen Versorgung  
und Datenverarbeitung**

**BARMER**

**Bitte schicken Sie das Original  
an**

Praxisnetz Nürnberg Süd  
Nibelungenstr. 19  
90461 Nürnberg

Vertragskennzeichen

121712AE016



**A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung mit dem Praxisnetz Nürnberg Süd nach § 140a SGB V.**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur Kündigung meiner Teilnahme gebunden. Der Vertrag kann von mir ordentlich mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der BARMER gekündigt werden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Sollte mein Arzt seine Teilnahme am Vertrag beenden, endet meine Teilnahme zu diesem Zeitpunkt ebenfalls. Eine erneute Teilnahme meinerseits an diesem Vertrag ist nur nach erneuter Einschreibung bei einem anderen Leistungserbringer möglich.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

**Widerrufsbelehrung**  
**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

**B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Wie dort beschrieben bin ich auch damit einverstanden, dass die BARMER an meine Koordinationsärztin bzw. meinen Koordinationsarzt und PNS Vorschläge zur Verbesserung meiner Versorgung gibt. Diesen Hinweisen liegen Abrechnungsdaten zu meinen ambulanten Behandlungen, Krankenhausbehandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen von allen mich behandelnden Ärzten für den zurückliegenden Zeitraum von 36 Monaten zugrunde. Die Hinweise umfassen Möglichkeiten der Teilnahme an medizinischen Versorgungsprogrammen, auf in Leitlinien empfohlene Therapien sowie Informationen zur Verbesserung der Therapie mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Sofern erforderlich berechtere ich meine Koordinationsärztin bzw. meinen Koordinationsarzt mit einem meiner anderen (Fach-) Ärzte Kontakt aufzunehmen, um meine Arzneimitteltherapie und mein Versorgungsmanagement besprechen zu können.

**Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

**C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:**

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Arzt