

Krankenkasse bzw. Kostenträger		AOK HH v2-18
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 1a Teilnahmeerklärung Patient



Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem BDOC

Teilnahmeerklärung im Original senden an:
BDOC Plus AG, Postfach 1560, 82144 Planegg

An dem o.g. Vertrag möchte ich teilnehmen:

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes dagegen jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.

ich über Nachfolgendes informiert wurde:

- Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt: 2 Wochen zum Quartalsende. Eine Kündigung ist erstmals nach 12 Monaten Teilnahme an der besonderen Versorgung möglich.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die AOK Rheinland/Hamburg mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z.B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei der Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein.

- Die Versicherteninformation habe ich heute erhalten.
 Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich heute erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

5. Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an

**AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf**

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

T T M M J J J J

LANR / BSNR

Stempel, Unterschrift des Arztes