

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

Anlage 3
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung
- gilt nicht für Hospizpatienten! -

Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und ich damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird.
- ich mich in die o. a. Vereinbarung einschreibe und ich wünsche, nach dieser speziellen Versorgung ambulant im häuslichen/selbst gewählten Umfeld betreut zu werden.
- ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehme und ich meine Teilnahme an dieser Versorgung bei meiner Krankenkasse jederzeit kündigen kann.

Ja, ich möchte entsprechend den Inhalten der o. a. Vereinbarung an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die zuständige Krankenkasse. Bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag werden von der Krankenkasse getragen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung: Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen der Versorgung nach der Vereinbarung über die ambulanten palliativmedizinischen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten, zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.

Ja, ich bin mit der in der „Information zum Datenschutz“ beschriebenen Verarbeitung meiner medizinischen und persönlichen Daten zur Umsetzung meiner Teilnahme an dieser Vereinbarung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei der

widerrufen kann und damit gleichzeitig auch die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet.

Ich stimme einer anonymen Auswertung meines Behandlungsverlaufes und Weitergabe der Auswertung gem. 67a Abs. 3 SGB X zu. Die medizinischen Leistungserbringer werden insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden. Ein Widerruf der Datenauswertung-/weitergabe ist jederzeit möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen:

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten oder seines Betreuers
oder eines in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen

Bestätigung durch den Haus-/Facharzt: Die für die Teilnahme relevanten Diagnosen sowie die Begründung der ambulanten Palliativversorgung ergeben sich aus dem Stammdatenblatt nach Anlage 3a (bitte beifügen).

Bitte das heutige Datum eintragen:

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 der Vereinbarung liegen vor. ICD-10: _____

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

ja nein als Teilversorgung als Vollversorgung

Zuständiger PKD: Kreis Coesfeld BSNR: 197 811 600

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des QPA