

Anlage 10 - Erklärung

zur Teilnahme an der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V
über die Besondere Versorgung von Versicherten mit
Schulter- und Ellenbogenproblemen
- OP-Vermeidung -

ICD
Arzt-Nr.

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

Tel.-Nr. privat*

Tel.-Nr. dienstlich*

Fax-Nr.*

E-Mail-Adresse*

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der VIACTIV Krankenkasse. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich mich über den angegebenen Arzt in die Vereinbarung gemäß § 140a SGB V über die Besondere Versorgung „**OP-Vermeidung durch Zweitmeinung mit abgestimmtem Therapiekonzept bei drohenden Schulter- und Ellenbogenoperationen**“ (im Folgenden: „**OP-Vermeidung**“) freiwillig einschreibe.
- dass mich mein Arzt oder meine Krankenkasse ausführlich über die Inhalte der Versorgung im Rahmen der **OP-Vermeidung** und die Versorgungsziele sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt und dem teilnehmenden Physiotherapiezentrum sowie anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Hierbei können Untersuchungen vom niedergelassenen Orthopäden auch telemedizinisch gestützt durchgeführt werden, soweit es die einschlägige ärztliche Berufsordnung zulässt. Hierbei kann die KBV zertifizierte Videotechnologie, die auch die höchsten Datenschutzerfordernisse gemäß EU-DSGVO erfüllt, unter www.sprechstunde.online genutzt werden. Ich habe die beigefügte Patienteninformation erhalten, kenne sie und ich erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Mir ist bekannt,
- dass eine Teilnahme nur möglich ist, wenn und solange ich die Teilnahmevoraussetzungen erfülle.
- dass ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen OP-Vermeidung teilnehme und diese Versorgung für mich kostenfrei ist, wenn ich von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit bin und diese Erklärung **schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch innerhalb von zwei Wochen nach meiner Unterzeichnung gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen** kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Nach Ablauf dieser Frist sind Sie:
 - Bei Bestätigung der Operationsindikation bis zum Abschluss des Moduls OP-Vorbereitung oder
 - Bei der OP-Vermeidung bis 12 Monate nach der Abschlussanalyse durch den Physiotherapeuten (bei Vermeidung der Operation und Durchführung der Physiotherapie)

an ihre Teilnahme gebunden. Während der Dauer der zeitlichen Bindung kann die Teilnahme lediglich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Einen wichtigen Grund stellen insbesondere ein nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie ein Umzug des Teilnehmers dar. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich außerhalb dieser Besonderen Versorgung genauso gut betreut wie bisher.

- dass ich mich während meiner Teilnahme an der OP-Vermeidung verpflichte regelmäßig und aktiv an der Physiotherapie teilzunehmen und auch Zuhause ein geeignetes Heimtraining durchführe. Komme ich meinen diesbezüglichen Verpflichtungen nicht nach, endet meine Teilnahme an der OP-Vermeidung mit einer Frist von 2 Wochen.

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher und vertraglicher Grundlagen und unter Beachtung der Bestimmungen des SGB I und X, sowie der europäischen Datenschutzgrundverordnung EU-DSGVO erfolgende und notwendige Verarbeitung meiner im Rahmen der Versorgung innerhalb der OP-Vermeidung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten unter www.portal.daag.de ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich entbinde die an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer folgerichtig zu diesem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit für die Zukunft widerrufen und als Folge nicht (mehr) an der Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung teilnehmen kann und die bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig verarbeiteten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Die Widerrufserklärung kann ich richten an: VIACTIV Krankenkasse, Zentraler Posteingang, 45064 Essen)

Unterschrift des Versicherten zu 1. und 2.:

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

– Vom behandelnden Arzt auszufüllen –

Ich kenne die Inhalte des Vertrages nach § 140 a SGB V über die Besondere Versorgung von Versicherten mit Schulter- und Ellenbogenproblemen und bestätige die Einschreibung meines Patienten in die Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung aufgrund der folgenden gesicherten Diagnose _____ (ICD 10 angeben; vgl. § 2 des Vertrages). Ich erkläre meine Kooperationsbereitschaft mit dem Case Manager der Deutschen Arzt AG und dem Physiotherapeutischen Leistungserbringer hinsichtlich der Unterstützung und Optimierung der Versorgung.

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Stempel