

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK NordWest

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Besondere
Versorgung von Patienten mit diabetischem
Fußsyndrom

1. Teilnahmeerklärung

Mein behandelnder Arzt (siehe Arztstempel unten) hat mich darüber informiert, dass bei mir ein diabetisches Fußsyndrom diagnostiziert wurde. Aufgrund dieser Erkrankung nehme ich an dem nachstehenden Versorgungskonzept mit dem Ziel der Qualitätssteigerung durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und der Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen meines Hausarztes und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen, aufsetzend auf bestehende Strukturen der Disease-Management-Programme (DMP), teil.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den u. g. Arzt als Hausarzt bzw. Facharzt (siehe Arztstempel) in diesem Versorgungskonzept wähle;
 - mich mein u. g. Hausarzt bzw. Facharzt ausführlich über die Inhalte und Ziele des Versorgungskonzeptes informiert hat;
 - ich bereit bin, mich gemäß den ärztlichen Anweisungen behandeln zu lassen und den Heilungsprozess mit den Maßnahmen zu unterstützen, in die man mich eingewiesen hat.
 - ich damit einverstanden bin,
 - alle erforderlichen Behandlungs- und Kontrolltermine wahrzunehmen,
 - die konsequente Fußentlastung und Nutzung der ggf. erforderlichen Schuh- oder Einlagenverordnung zu beachten,
 - eine umgehende Benachrichtigung meines Arztes im Falle einer Beschwerdezunahme durchzuführen
 - an der angebotenen Fußschulung – soweit möglich – teilzunehmen.
 - ich mit der Behandlung in den teilnehmenden Einrichtungen einverstanden bin. Meine Teilnahme endet, wenn der behandelnde Arzt mein Fußgeschwür für abgeheilt erklärt hat. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der besonderen Versorgung zurücktreten kann. Dazu reicht eine kurze schriftliche Information an meinen behandelnden Arzt.
 - ich damit einverstanden bin, dass ich erstmalig nach 6 Monaten nach Teilnahmebeginn und letztmalig nach Abschluss der Behandlung über meine Zufriedenheit mit den Leistungen der besonderen Versorgung befragt werden kann.
 - ich damit einverstanden bin, dass Arzt-Patienten-Kontakte auch im Rahmen von Video-Sprechstunden durchgeführt werden können
 - mir bekannt ist, dass zur Finanzierung der Kosten dieser besonderen Versorgung Vereinbarungen mit Apotheken oder anderen Anbietern von Wundverbandstoffen oder anderen Mittel zu meiner Versorgung getroffen worden sind. Ich bin deswegen damit einverstanden, dass mir zu meiner Versorgung notwendige Mittel ausschließlich über die mich behandelnden Ärzte (und ggf. anderen Leistungserbringer) oder über einen in die besondere Versorgung eingebundenen Pflegedienst zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen dieses Programms benötige ich deswegen keine Rezeptverordnungen zu Wundmaterialien. Alles was zur Behandlung meines Fußes benötigt wird, wird mir gestellt.
 - mir bekannt ist, wann und wie meine Teilnahme an dem Versorgungskonzept beendet werden kann (z.B. bei fehlender aktiver Mitarbeit an der Behandlung) und dass die Krankenkasse meinen behandelnden Hausarzt über die Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein über das Ende meiner Teilnahme informiert;
 - mir bekannt ist, dass ein Behandlungsvertrag stets mit dem einzelnen behandelnden Arzt oder Leistungserbringer, nicht jedoch mit der Arbeitsgemeinschaft der Diabetes-Schwerpunktpraxen Schleswig-Holstein e. V. geschlossen wird;
 - mir bekannt ist, dass ich Leistungen aus diesem Versorgungskonzept nicht außerhalb dieses Konzeptes zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch nehmen darf; andernfalls können die Kosten von mir zurückgefordert werden;
- ich freiwillig am Versorgungskonzept teilnehme und meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Außerdem kann ich meine Teilnahme jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt bzw. Facharzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut;**
- mir bekannt ist, dass Leistungs- und Behandlungsdaten zur Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) übermittelt werden;
 - dass ich damit einverstanden bin, dass ein Informationsaustausch zwischen meiner Krankenkasse und der Arbeitsgemeinschaft der Diabetes-Schwerpunktpraxen Schleswig-Holsteins e.V. über Änderungen der Mitgliedschaft, Wohnortwechsel sowie ggf. meinem Widerruf der Teilnahme stattfinden kann;

- dass ich damit einverstanden bin, Daten - einschließlich der digitalen Fotodokumentation -, sofern sie im Zusammenhang mit meiner aktuellen Erkrankung des Diabetischen Fußsyndroms stehen, von den an der besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringern unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen insbesondere über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen;
- dass ich damit einverstanden bin, dass ich im Rahmen der besonderen Versorgung ausschließlich von Leistungserbringern behandelt werden kann, die an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und dass ich auf das Recht, behandelnde ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer frei zu wählen, verzichte;
- mir bekannt ist, dass eine Patientenbefragung zur Messung der Akzeptanz und Nutzenbewertung des Versorgungskonzepts durchgeführt wird. Die Teilnahme an der Patientenbefragung ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden, ohne dass mir hierdurch Nachteile für meine Teilnahme an diesem Versorgungskonzept entstehen.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis des §140a Abs. 4 SGB V und der EU-DSGVO erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Versorgungskonzept erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe das „Merkblatt für die Teilnahme am Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Versorgungskonzept austreten kann und dass die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenerhebung, -weitergabe, -speicherung und -nutzung rechtmäßig erfolgte.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung zum Zwecke der Durchführung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erhoben und verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Zu 1.: Ja, ich möchte an diesem Versorgungskonzept teilnehmen.

Zu 1.: Ja, ich willige ein, dass Leistungs- und Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form zum Zwecke der Evaluation ausgewertet werden dürfen.

Zu 1.: Ja, ich willige ein, dass ich freiwillig an einer Patientenzufriedenheitsbefragung teilnehmen kann.

Zu 2.: Ja, ich habe das „Merkblatt für die Teilnahme am Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gelesen. Ich bin mit der beschriebenen freiwilligen Datenerhebung, - weitergabe, -speicherung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungskonzept einverstanden.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Unterschrift

Stempel Arzt

Datum