

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

## Besondere ambulante ärztliche Versorgung Teilnahmeerklärung

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und  
Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertragskennzeichen: 171012HE003

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung per Fax  
an folgende Adresse:**

HEK - Hanseatische Krankenkasse  
Fax 040 65696 - 1201

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Danach kann ich meine Teilnahme jederzeit mit einer Frist von vier Wochen kündigen.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxissschließung oder auch bei Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

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 HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die HEK 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 Ärzte 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 Ärzte in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.
- ich mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei der HEK anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja**, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

**Vom einschreibenden Arzt oder Leistungserbringer auszufüllen**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Stempel

Bitte angeben BSNR:

Bitte angeben LANR: