

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



Teilnahmeerklärung

Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V zur erweiterten Versorgung Schwangerer, Mütter und Neugeborener*

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V zur erweiterten Versorgung Schwangerer, Mütter und Neugeborener.

Ziel des Vertrages ist es, die Frühgeburtenrate zu senken und die natürlichen Geburten zu fördern. Im Rahmen dieses Vertrages werden Regelungen für die Verbesserung der Qualität in der Versorgung von schwangeren Versicherten getroffen. Durch die Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen ist es möglich, definierte Risikofaktoren zu erkennen und so früh wie möglich wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Störungen des normalen Schwangerschaftsverlaufs werden rechtzeitig erkannt und eine Frühgeburt möglicherweise verhindert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ausführlich über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit meiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung aufgeklärt wurde.

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und dem jeweils behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen am IV-Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

Ich erkläre weiterhin, dass ich die Entbindung in einem der unter „Vertragsteilnehmer“ genannten Krankenhäuser als natürliche Geburt plane.

Des Weiteren bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen zwei Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

* Weitere Informationen zum Leistungsangebot der BKK-VBU finden Sie auf www.meine.krankenkasse.de

Datum

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden, im Rahmen der Integrierten Versorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses gelten.

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung erforderlich sind, erkläre ich mich mit einer Übermittlung dieser Daten an meine Krankenkasse, an die von meiner Krankenkasse beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH sowie ggf. an den jeweiligen Arztverbund einverstanden. Mir ist bekannt, dass nur Informationen über mich weitergegeben werden, die nach § 140b SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen.

Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Erklärung des Krankenhauses

Eine vaginale Entbindung ist zum Zeitpunkt der Einschreibung aus medizinischer Sicht möglich.

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes