

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung in der Dermatologie nach § 140a SGB V „DermAktiv“

Vertragskennzeichen: 120A1400571

Bitte übermitteln Sie das Original an folgende Adresse:
 Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für
 Selektivverträge GmbH
 Dürrenhofstraße 4
 90402 Nürnberg

Der Versicherte erhält eine Kopie.

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich

- über den Behandlungsprozess nach dieser besonderen Versorgung durch meinen behandelnden Facharzt informiert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde.
- die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse mir eine Belehrung über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.**
- die Versicherteninformation zum Vertrag erhalten, mich damit vertraut gemacht habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin
- mich verpflichte, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch an der besonderen Versorgung teilnehmende Fachärzte in Anspruch nehme. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Krankenkasse führen.**

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen besonderen Versorgung teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die Versicherteninformation zur Datenverarbeitung gemäß der DSGVO erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung,-verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenübermittlung freiwillig erkläre und ich die Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters