

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



Bearbeitungshinweise für Praxen
Original an Kassenärztliche Vereinigung
zur Weiterleitung an SECURVITA BKK
Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten
aushändigen

Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten

zu dem Vertrag nach § 73 c SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag zwischen der SECURVITA BKK und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Patienteninformation:

Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie.

Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifisch ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von der SECURVITA BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig.

Hinweis zum Datenschutz:

Zu Abrechnungszwecken darf die Kassenärztliche Vereinigung und meine Krankenkasse meine Abrechnungsdaten von an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern erhalten. Diese Daten werden nach Abschluss der Behandlung bzw. Abrechnung unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht. Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt.

Erklärung des Patienten:

Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 73 c SGB V gegenüber der SECURVITA BKK für mindestens ein Jahr für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. Frühestens zum Ablauf des ersten Jahres ist die schriftliche Kündigung dieser Verpflichtung gegenüber der SECURVITA BKK mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich.

Mein/e homöopathisch behandelnde/r Ärztin/ Arzt ist:

Ich habe mich zuvor / zuvor nicht (Unzutreffendes bitte streichen) bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin für diesen Vertrag eingeschrieben. Ggf. Name / Anschrift des/der vorherigen Ärztin/ Arzt:

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten wurde mir ausgehändigt.

Datum, Unterschrift des Patienten

Vertragsarztstempel