

An alle am Vertrag teilnehmenden Ärzte

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 - 900
service-center@kvberlin.de

09. Juni 2017

Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus - Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte der DAK-Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie nehmen am Vertrag mit der DAK-Gesundheit zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus teil. Mit Wirkung zum **01.07.2017** wird die Anlage 9 (Teilnahmeerklärung der Versicherten) aufgrund der Änderung der Faxnummer ausgetauscht.

Bitte verwenden Sie bei Einschreibungen ab dem 01.07.2017 nur noch das neue Formular mit der Faxnummer 07433/96729-7004.

Die neue Anlage 9 finden Sie auf der Homepage der KV Berlin: www.kvberlin.de unter: *Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus (DAK Gesundheit)*.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

**Austausch der
Anlage 9
(Teilnahme-
erklärung des
Versicherten)**

☎ 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Margret Stennes
Vorstandsvorsitzende



Günter Scherer
Mitglied im Vorstand

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

Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung

**Anlage 9 zum Diabetes-Vertrag mit der Kassenärztlichen
Vereinigung Berlin**



Vertrags-Nr.:

BC72IV028 / 171722DA003

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,
72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.

ich über Nachfolgendes informiert wurde:

- Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Eine Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die Kündigungsfrist beträgt: 4 Wochen.

2. Widerrufsrecht

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 DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit 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

- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Anspruch nehme und andere Ärzte nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter **www.dak.de/171722DA003** informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem DAK-Servicezentrum anfordern kann.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.

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

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Institutionskennzeichen (IK)

Datum

Unterschrift, Stempel