

Jetzt online bestellen  
 allpromed.de  
 schnell · sicher · komfortabel

# Bestellschein Berlin

Lieferung von Vordrucken für  
 die kassenärztliche Versorgung

## Disease-Management-Programme (DMP) – Vordrucke nur für teilnehmende Ärzte

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 70%;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 30%;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td>Kostenigekennung</td> <td>Versicherer-Nr.</td> </tr> <tr> <td>Standort-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Krankenkasse		Kostenigekennung	Versicherer-Nr.	Standort-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum	<div style="text-align: center;"> <b>Erklärung          zur Teilnahme an einem strukturierten          Behandlungsprogramm für</b> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">         070EH   <input type="text" value="Krankenhaus-IK"/> </div> <p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1           <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit           <input type="checkbox"/> Asthma           <input type="checkbox"/> Brustkrebs           <input type="checkbox"/> Depression           <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis              oder                      oder                      oder                      oder                      oder       </p> <p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2           <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz           <input type="checkbox"/> COPD           <input type="checkbox"/> Rücken- schmerz           <input type="checkbox"/> Osteoporose       </p> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p><b>1. Teilnahmeerklärung:</b>          Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle. Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.</p> </div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> <p><b>2. Einwilligungserklärung:</b>          Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen des DMP freiwillig ein.</p> <p>Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.</p> </div> <p>zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> <p>zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einstellungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.</p> <p>Bitte das heutige Datum eintragen.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">- von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen -</p> <p>Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.</p> <p>Bitte das heutige Datum eintragen.</p> <p style="font-size: small;">Unterschrift _____ Stempel Ärztin/Arzt</p> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger															
Name, Vorname des Versicherten	geb. am														
Krankenkasse															
Kostenigekennung	Versicherer-Nr.														
Standort-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.														
	Datum														

Bitte **hier unbeding**t die BSNR angeben!

Betriebsstätten-Nr.	Datum
Absender	
Name/Ansprechpartner	
E-Mail*	

\* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Eingangs- und Versandbestätigung Ihrer Bestellung.

### Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP 070)

### Bestellmenge: (bitte ankreuzen)

- 25 Stück
- 50 Stück
- 100 Stück

Testen Sie alle Vorteile unseres Onlineshops mit einem Gastaccount unter [www.allpromed.de](http://www.allpromed.de)  
 Bestellungen via E-Mail an [arztvordrucke@pav.de](mailto:arztvordrucke@pav.de)  
 oder per Fax an 0 41 54 \_ 7 99 173

Paul Albrechts Verlag GmbH  
 Hamburger Straße 6  
 22952 Lütjensee  
 Telefon 0 41 54 \_ 7 99-122/-168/-121

**Per E-Mail an PAV senden**