

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

Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung



Innovationsfondprojekt INSPIRE-PNRM+ Für eine optimale Parkinson Versorgung

Vertrags-Nr.:
121A02DA034



Teilnahmeerklärung

1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

[Meine mich behandelnde Ärztin/ Arzt] hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.** Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von [12 Monaten] an die Teilnahme gebunden. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. [Ein wichtiger Grund liegt z.B. bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.]
Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.]

2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch 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. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meine mich behandelnde Ärztin/ Arzt oder der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

4. Einverständniserklärung zur begleitenden Studie

Ich bin damit einverstanden, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebotes sowie zur wissenschaftlichen Begleitung / Evaluation patientenbezogene Daten erfasst, pseudonymisiert verarbeitet und ausgewertet werden. Die Daten werden verarbeitet von [der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG), Ernst-Boehe-Straße 4, 67059 Ludwigshafen und der Treuhandstelle dem Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI); Universitätsmedizin Mainz, Rhabanusstr. 3/ Tower A; 55118 Mainz].
Die Teilnehmerinformation zur begleitenden Studie INSPIRE-PNRM+ habe ich gelesen und erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.]

Die Einverständniserklärung für die Studie ist Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.
Bei einem Widerruf der Teilnahme an der Studie endet auch die Teilnahme an dieser Besondern Versorgung.

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

Datum _____ Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter