

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



Tel.: (02 31) 79 33-07  
Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de  
www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen



ärztesozialwissenschaftliche Gesellschaft Niedersachsen-Bremen

## Teilnahmeerklärung des Versicherten an der Integrierten Versorgung und Datenschutzhinweis

Info

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

oder der gesetzliche Vertreter für den Wirkungskreis „Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen“, soweit bestimmt (Name, Vorname, Straße, PLZ und Ort)

dass ich an der Integrierten Versorgung gemäß § 140a ff. des SGB V ab dem \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ teilnehme.

Durch die Teilnahme an der Integrierten Versorgung verändern sich meine Leistungsansprüche gegenüber meiner Krankenkasse nicht. Ich möchte ohne weitere Kosten die besonderen Versorgungsangebote und Leistungen der Integrierten Versorgung entsprechend der mir ausgehändigten Informationen nutzen.

Ich nehme am Disease Management Programm „Diabetes“ teil (nur bei Diabetikern notwendig).

Ich nehme am Disease Management Programm „KHK“ teil.

Mit der Einschreibung verpflichte ich mich als Versicherte/r für die Leistungsinhalte aus diesem Vertrag die Leistungserbringer aus dem Netzwerk in Anspruch zu nehmen.

Ich verpflichte mich, den Anweisungen des ärztlichen und pflegerischen Personals im Rahmen meiner Möglichkeiten Folge zu leisten. Verweigere ich die Zusammenarbeit, kann ich durch die Krankenkasse und GTP aus der Integrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

Ich kann jederzeit durch formlose schriftliche

Mitteilung an GTP meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung wieder beenden.

Hiermit bitte ich GTP, die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei meiner Krankenkasse zu beantragen.

GTP verpflichtet sich zur umfassenden ambulanten Versorgung der Wunde. Zur Sicherung der Qualität wenden die Einrichtungen entsprechende Behandlungsmethoden an. Die Behandlung der Versicherten wird vollständig dokumentiert. Eine Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist im Vertrag vereinbart worden. Zudem kann der Medizinische Dienst der Krankenkassen von den Krankenkassen mit einer Prüfung der medizinischen Qualität der Einrichtungen beauftragt werden.

Als Versicherter kann ich Einsichtnahme in den Vertrag verlangen.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden Daten nur im gesetzlich erforderlichen Umfang erhoben, gespeichert und genutzt. Ich stimme der Weitergabe der Daten an die Krankenkasse und an beteiligte Dritte zu. Dieses gilt auch für die notwendige Fotodokumentation.

Erforderliche Auswertungen erfolgen nur in anonymisierter Form. Es gilt das Gesetz zum Datenschutz.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Versicherter

.....  
(ggf. gesetzlicher Betreuer)