

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

## Teilnahmeerklärung - ambulante medikamentöse antineoplastische Systemtherapie - Integrierte gynäkologische Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von den teilnehmenden Krankenkassen, Kliniken und den Ärzten der Verbünde in Berlin und Brandenburg angebotenen integrierten Verbundversorgung.

**Des Weiteren bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen 2 Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten)

**Einwilligungserklärung**

Ich willige ein, dass die an der Integrierten Verbundversorgung in Berlin/Brandenburg beteiligten Leistungserbringer (Ärzte, OP-Zentren und Krankenhäuser) Befunde, Arztberichte und sonstige Behandlungsdaten, sowohl von den mitbehandelnden Haus- oder Fachärzten anfordern, als auch an diese in Zusammenhang mit der Behandlung weiterleiten können. Mir ist bekannt, dass die Regelungen der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin und Brandenburg zur Schweigepflicht gelten.

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der integrierten Verbundversorgung in Berlin/Brandenburg erforderlich sind, erkläre ich mich mit einer Übermittlung dieser Daten an meine Krankenkasse, an die von meiner Krankenkasse beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH, sowie ggf. an den Arztverbund einverstanden. Mir ist bekannt, dass nur Informationen über mich weitergegeben werden, die nach § 140b SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen. Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich gelesen.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten)

Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ICD 10, akt. Version)	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose
Nebendiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ICD 10, akt. Version)	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose

Therapiebeginn:   .   . 20

Ich bevollmächtige die Convema GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach Abschluss der Integrierten Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die Convema GmbH wird mich im Rahmen der monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die Convema GmbH mit der Bitte um Vermittlung einschalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen des Arztes:

Praxisangaben

## Merkblatt zum Datenschutz

Welche Daten werden für die Zwecke der Integrierten Versorgung erfasst?

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von Ihnen erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem IV-Vertrag beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

Für die Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlich sind, werden diese Daten von Ihrer Krankenkasse bzw. dem Leistungserbringer an die für diesen Zweck beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH Karl-Marx-Allee 90 A, 10243 Berlin übermittelt. Im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung gelten für die CONVEMA GmbH die gleichen hohen Anforderungen des Sozialdatenschutzes (vgl. § 80 SGB X) sowie die Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Die an der Integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Integrierten Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz (vgl. § 140b Abs. 1 Nr. 13 SGB V) darf Ihr behandelnder Arzt Sie betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit Ihrer Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.