

**Teilnehmende Arztverbände**

 HNO-Verbund Berlin  
 Chirurgisch/Orthopädischer-Verbund Berlin  
 GYN-Verbund Berlin  
 Augen-Verbund Berlin  
 Ärztgemeinschaft MZL

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

 Einschreibung:  HNO  CO  GYN  AUGEN  ODER  Therapie Hyposensibilisierung

## Teilnahmeerklärung - Integrierte Verbundversorgung Berlin/ Brandenburg nach § 140b SGB V

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von den teilnehmenden Krankenkassen, Kliniken und den Ärzten der Verbände in Berlin und Brandenburg angebotenen integrierten Verbundversorgung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ausführlich über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit meiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung aufgeklärt wurde. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und dem jeweils behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen am IV-Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

**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 meine Person betreffenden, im Rahmen der Integrierten Versorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunden von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses gelten

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung 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 jeweiligen 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="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.
Nebendiagnose	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagn.

OPS	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.
OPS	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> bds.

<input type="checkbox"/> <b>Ambulant → Operateur</b> ich selbst ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>OP-Ort:</b> <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> Klinik Hygiea <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Sana Schlossgarten Neuruppin <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> weiteres OPZ	<input type="checkbox"/> <b>Ambulant Plus → OPZ</b> ich selbst ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>OP-Ort:</b> <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik <input type="checkbox"/> Klinik Hygiea <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> DRK Kliniken Berlin/ Westend (nur HNO)	<input type="checkbox"/> <b>Vollstationär → Krankenhaus</b> <b>OP-Ort:</b> <input type="checkbox"/> Klinikum Dahme Spreewald <input type="checkbox"/> Parkklinik Weißensee <input type="checkbox"/> Sana Klinikum Lichtenberg <input type="checkbox"/> Sankt Gertrauden-KH <input type="checkbox"/> Schlosspark-Klinik <input type="checkbox"/> Städt. Klinikum Brandenburg <input type="checkbox"/> Unfallkrankenhaus Berlin
---	---	---

 Hausarztzuweisung bei Operationen (Bitte Überweisungsschein vom teilnehmenden Hausarzt an die Servicestelle Integrierte Versorgung faxen!)

Institutionskennzeichen des Arztes:

Praxisangaben

TE Stand 09/2015-Änderungen vorbehalten

## 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.