

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



Antrag auf Psychotherapie - Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

+ TE-ID +

Angaben zur Therapie:

1. Diagnose(n) (ICD-10): _____
2. Vorgesehenes psychotherapeutisches Verfahren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> neue/übende Verfahren | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie |
| | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |

3. Die Indikation einer Psychotherapie nach dem oben genannten Vertrag ist gegeben.

Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte.
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Patienteninformation über eine besondere psychotherapeutische Versorgung erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin.
- **dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angaben von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann.**

Mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.
- dass meine BKK innerhalb von drei Wochen über meinen Antrag auf Psychotherapie entscheidet und mir das Ergebnis mitteilt. Falls der Antrag abgelehnt wird, endet meine Teilnahme an diesem Vertrag mit Bekanntgabe der Ablehnung.
- dass ich frühestens mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme schriftlich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich meine Bindung um weitere 12 Monate.
- dass ich aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann.
- dass mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse auch meine Teilnahme an diesem Vertrag endet.
- dass ich während meiner Teilnahme an diesem Vertrag an die beteiligten Leistungserbringer gebunden bin und nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich nicht an die Bindung halte.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der Versorgung teilnehmen kann.

	<TE-Code:>	
Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters		Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten

Exemplar für den Patienten

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



Antrag auf Psychotherapie - Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

+ TE-ID +

Angaben zur Therapie:

1. Diagnose(n) (ICD-10): _____
2. Vorgesehenes psychotherapeutisches Verfahren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> neue/übende Verfahren | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie |
| | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |

3. Die Indikation einer Psychotherapie nach dem oben genannten Vertrag ist gegeben.

Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte.
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Patienteninformation über eine besondere psychotherapeutische Versorgung erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin.
- **dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angaben von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann.**

Mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.
- dass meine BKK innerhalb von drei Wochen über meinen Antrag auf Psychotherapie entscheidet und mir das Ergebnis mitteilt. Falls der Antrag abgelehnt wird, endet meine Teilnahme an diesem Vertrag mit Bekanntgabe der Ablehnung.
- dass ich frühestens mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme schriftlich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich meine Bindung um weitere 12 Monate.
- dass ich aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann.
- dass mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse auch meine Teilnahme an diesem Vertrag endet.
- dass ich während meiner Teilnahme an diesem Vertrag an die beteiligten Leistungserbringer gebunden bin und nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich nicht an die Bindung halte.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der Versorgung teilnehmen kann.

	<TE-Code:>	
Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters		Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten

Exemplar für den Arzt / Psychotherapeuten