

Antrag auf Psychotherapie -Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Mercedes-Benz **BKK**



Besondere psychotherapeutische Versorgung

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

+ TE-ID +

I. Angaben zur Therapie:

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

☐ Verhaltenstherapie	☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ neue / übende Verfahren	☐ Neuropsychologie ☐ Analytische Psychotherapie
3. Die Indikation einer Psychotherapie nach dem oben genannten Vertrag ist gegeben.

II. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen psychotherapeutischen Versorgung nach § 140a SGB V.

Ich möchte den gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert und aufgeklärt. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung. Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse 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. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Im Informationsblatt zum Versichertenangebot wird das Behandlungsende näher erläutert.

Die Versicherteninformation zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V wurde mir ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden. Mir wurden alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu Ihrer Behandlung gestellt habe, beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, aktiv an der Behandlungsplanung und –durchführung teilzunehmen und die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behandlung und Therapie in Anspruch zu nehmen.

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich oder elektronisch (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des Vertrages vergütet werden.

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der Versicherteninformation zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Mir ist bekannt, 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.

Informationen und Folgen bei Pflichtverstößen

Komme ich meinen vorgenannten Mitwirkungspflichten im Sinne der Therapie auch nach wiederholter Rücksprache mit dem/der teilnehmenden Behandler/in nicht nach, kann meine Krankenkasse mich von der Teilnahme aus dem Versorgungsangebot ausschließen. Für den Behandlungserfolg dieses Versorgungsangebots ist wichtig, dass ich nur die am Versorgungsangebot teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme. Andernfalls können die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

III. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am und Durchführung des Versorgungsprogramms zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiterzugeben. Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der Versicherteninformation entnommen und verstanden.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass Daten, sofern Sie im Zusammenhang mit der Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, weitergegeben werden dürfen.

Die für die Versorgung auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGBV X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einverständniserklärung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die medizinischen Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende – je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung – mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Behandler meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an meine Krankenkasse übermittelt:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart.

Meine Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Ich bin damit einverstanden, dass die GWQ ServicePlus AG personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Teilnahmedauer, Abrechnungsdaten, behandelnder Arzt) zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen eines Vertragscontrollings verarbeitet. Hierzu übermittelt die Krankenkasse o.g. Daten an die GWQ ServicePlus AG.

Widerrufsmöglichkeiten

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch gegenüber meiner Krankenkasse. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der besonderen psychotherapeutischen Versorgung und willige gleichzeitig in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personengebundenen Daten ein.

Ebenso bestätige ich mit der Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der Versicherteninformation zur Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V.

<TE-Code:>

Datum, Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Vertragsarztstempel