

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



per Telefax an **0431-20099-99**  
oder per Post an:  
**Schmerzlinik Kiel**  
**IV-Netzmanagement**  
**Heikendorfer Weg 9-27**  
**24149 Kiel**

### Teilnahme-Erklärung zur Integrierten Versorgung von Versicherten mit chronischen Schmerzerkrankungen

Ich bin heute über die Inhalte der Integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen informiert worden. Ich bin darüber informiert worden,

- dass sämtliche Leistungen ausschließlich durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die als Netzwerkpartner an der integrierten Versorgung teilnehmen.
- dass die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist und ich meine Teilnahme jederzeit durch eine schriftliche Erklärung widerrufen kann.
- dass eine Beurlaubung während der stationären Behandlungsphase nur dann möglich ist, wenn sie medizinisch erforderlich ist oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet ist.
- dass ich die Nachsorgeuntersuchungen durchführen lassen muss, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden

Zur Leistungserbringung im Rahmen der Integrierten Versorgung ist auch die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden,

- dass die im Rahmen dieser Integrierten Versorgung erhobenen Daten und meine persönlichen Daten (Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer, Wohnortwechsel, Ende der Mitgliedschaft, Widerruf der Teilnahme an der integrierten Versorgung) unter Wahrung aller Datenschutzbestimmungen, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die beteiligten Leistungserbringer weitergegeben und dort aufbereitet und verarbeitet werden.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch von der AOK Schleswig-Holstein beauftragte Ärzte (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) eingesehen werden können,
- dass Daten zur Qualitätssicherung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet werden dürfen,
- dass Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet werden dürfen,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung nicht (mehr) möglich ist. Ich bin darüber informiert worden, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über die Behandlungsdaten und Befunde führen und sich im Rahmen der integrierten Versorgung gegenseitig über die Behandlung informieren und abstimmen.

- Ich bin damit einverstanden und ich entbinde alle Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht, die mich im Rahmen der integrierten Versorgung behandeln, gegenüber anderen Leistungserbringern im Rahmen der integrierten Versorgung.
- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass für eine Haftung für Behandlungsfehler nur der jeweilige Leistungserbringer in Betracht kommt, der die Behandlung durchführt, und nicht eine gesamtschuldnerische Haftung aller an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, insbesondere nicht der Schmerzlinik Kiel als Managementgesellschaft.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift,

- dass mir die Patienteninformation ausgehändigt und ich über die Inhalte sowie die teilnehmenden Leistungserbringer informiert wurde,
- dass ich mit der Behandlung in den teilnehmenden Einrichtungen einverstanden bin.
- dass ich mit der beschriebenen Datenspeicherung und -nutzung, Entbindung von der Schweigepflicht und der Haftung für Behandlungsfehler im Rahmen meiner Teilnahme an der integrierten Versorgung ausdrücklich einverstanden bin.
- dass meine anonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung erhoben und verwendet werden.
- dass ich einverstanden bin, an einer Befragung zur integrierten Versorgung teilzunehmen

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Kiel, den</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Ort, Datum</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Unterschrift Versicherte/r</div>	<div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">01 38 352</div> <div style="text-align: center;"> Prof. Dr.med. Dipl.Psych. Hartmut Göbel  Heikendorfer Weg 9-27, 24149 Kiel  Tel. 0431-20099-65; Fax. 0431-20099-35  Email: hg@schmerzlinik.de </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">Zentrales IV-Netztelefon 0431-20099-400 oder -39</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Stempel des Leistungserbringers</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin</div>
--	--