

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



Unternehmen Leben



SCHMERZKLINIK KIEL

IV-Vertrags-Nr.:

A V 0 1 I V 0 1 1

Teilnahmeerklärung zur Integrierten Versorgung

Ich wünsche eine Behandlung, die die Versorgung von Patienten mit Schmerzerkrankungen verbessert.

Das Versorgungskonzept wurde mir ausführlich und verständlich erläutert. Meine Teilnahme ist freiwillig und kann von mir jederzeit bis zum Abschluss der stationären Versorgung widerrufen werden.

Zu den Vertragspartnern dieses Integrierten Versorgungsmodells gehören

- die Schmerzklinik Kiel,
- das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK SH),
- niedergelassene Schmerztherapeuten und
- die DAK.

Die Schmerzklinik Kiel bzw. der niedergelassenen Schmerztherapeut informierte mich darüber, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankungen im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung erheben, in einer elektronischen Datenbank erfassen und austauschen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung dieses Integrierten Versorgungsmodells ist es notwendig, bestimmte patientenbezogene Befund- und Behandlungsdaten zu erfassen, anonymisiert zu verarbeiten und wissenschaftlich auszuwerten.

Sollte für meine Krankheit durch den Gesetzgeber ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V (DMP) eingeführt werden, nehme ich, sobald möglich, daran teil. Evtl. noch ausstehende bzw. ergänzende Leistungen dieser integrierten Versorgung kann ich weiterhin in Anspruch nehmen. Im Zweifel ist das DMP vorrangig.

Der Schmerztherapeut oder die Schmerzklinik händigte mir das Merkblatt zum Datenschutz aus. (siehe nachfolgende Rückseite).

Ich bin darüber informiert worden, dass ggf. anfallende Fahrtkosten zu den Behandlungen im Rahmen der integrierten Versorgung nicht erstattet werden und bin damit einverstanden.

Ich beteilige mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung, um den Behandlungserfolg zu unterstützen.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">, den</div> <p>Ort, Datum</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Zentrales IV-Netztelefon 0431-20099-400 oder -39</div> <p>Stempel des Leistungserbringers</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <p>Unterschrift DAK-Versicherte/r</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <p>Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin</p>

Merkblatt zum Datenschutz

zum Integrierten Versorgungsmodell Schmerzerkrankungen

Die DAK bietet ihren Versicherten neue Versorgungsmöglichkeiten an. Diese basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die das gesamte System der Gesundheitsversorgung durch Qualitätssteigerungen und Effizienzsteigerungen optimieren sollen.

Zur korrekten Durchführung der vertraglichen Inhalte benötigt die DAK die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Klinikärztin/Klinikarzt) von dem teilnehmenden Versicherten erhebt und in Kopie direkt an die DAK weiterleitet. Eine Übermittlung der personenbezogenen medizinischen Daten an die DAK findet nicht statt.

Im Rahmen meiner Teilnahme bin ich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden. Hierzu wurde eine neuartige medizinische Plattform entwickelt, durch die eine einheitliche elektronische Dokumentation Ihrer medizinischen Daten möglich ist. Diese steht im Interesse einer angestimmten Behandlung allen beteiligten Ärzten und Leistungserbringern zur Verfügung. Dadurch sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden und eine schnellere Durchführung der notwendigen Maßnahmen ermöglicht werden.

Die Patientendaten werden streng vertraulich behandelt und stehen nur den behandelnden Ärzten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, und auswertenden Personen, die den entsprechenden Datenschutzbestimmungen unterliegen, zur Verfügung. Die DAK erhält ausschließlich anonymisierte Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, so dass Rückschlüsse auf den Patienten ausgeschlossen sind.

Nachfolgendes ist mir bekannt:

Die DAK oder ein von ihr beauftragtes Institut kann mich schriftlich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen.

Die DAK behandelt meine Daten vertraulich, sie sind nur besonders berechtigten Kassenmitarbeitern zugänglich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK überwacht.

Die erhobenen und gespeicherten Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Die von meinem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Integrierten Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über meine Person bei einem der beteiligten Leistungserbringer einzusehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten