

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

IV Vertrag Ophthalmochirurgie	
	
Teilnahmeerklärung Versicherte	

**Teilnahmeerklärung zur Integrierten Versorgung der AOK NORDWEST
nach §§ 140 a - d SGB V mit der Gesellschaft für integrierte
ophthalmologische Versorgung (GIO), Rendsburg
über die Durchführung von ambulanten Augenoperationen**

I. Teilnahme an der integrierten Versorgung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Patienteninformation erhalten habe und ausführlich über die Inhalte der Integrierten Versorgung zur Durchführung einer ambulanten Operation informiert worden bin und die Informationen verstanden habe.

Ich bin darüber informiert, dass sämtliche Leistungen der Integrierten Versorgung durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die an dem Vertrag teilnehmen.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist, und bin mit der Behandlung durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Mitteilung einer Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform durch die Krankenkasse ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK NORDWEST widerrufen kann. Die Frist beginnt frühestens mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NORDWEST.

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung endet mit Abschluss der postoperativen Behandlungsphase durch den weiterbehandelnden Arzt.

II. Weitergabe und Verarbeitung patientenbezogener Daten

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen der Integrierten Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich bin damit einverstanden, dass

- die AOK NORDWEST über meine Teilnahme an diesem Vertrag informiert wird,
- diese Teilnahmeerklärung sowie die Angaben zur durchgeführten Operation zum Zwecke der Abrechnung und zur Qualitätssicherung an die Gesellschaft für integrierte Versorgung (GIO), Rendsburg weitergeleitet werden,
- ein Informationsaustausch zwischen der AOK NORDWEST und den an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern über Änderungen der Mitgliedschaft bei der AOK NORDWEST sowie ggf. meinen Widerruf der Teilnahme an der Integrierten Versorgung stattfinden darf,
- meine personenbezogenen Daten, sofern sie im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern untereinander unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- 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 weitere Teilnahme an der Integrierten Versorgung nicht mehr möglich ist. Ebenso ist eine Teilnahme dann nicht mehr möglich, wenn meine Mitgliedschaft bei der AOK NORDWEST endet.

- Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung teilnehmen.
- Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenweitergabe, -speicherung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt