

**Allgemeine und spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe**

(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

**Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung**

- Anlagen 3 (in Kopie) und 3a vom HA/FA an PKD SIWOL senden: Fax: 0271/40570012 / www.pkd-siwol.de danach

**- Original bei der KVWL einreichen -**

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

**1. Teilnahmeerklärung:**

**Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.** Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass ich mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung beginnt;
- dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde;
- dass ich darüber informiert bin, dass meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Bindungsfrist beendet werden kann;
- dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

**Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.**

**2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:**

**Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.** Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Meine Teilnahmeerklärung wird vom einschreibenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragsteilnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an meine Krankenkasse weiter. Meine Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. 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.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Ehepartners/Lebenspartners

**- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -**

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.

Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.

**(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandte Anlage 3a)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel