



Anlage 2

Teilnahmeerklärung der Versicherten

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

Teilnahmeerklärung der Versicherten

Am Rahmenvertrag Intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM) gemäß §140a SGB V zur besonderen Versorgung von ambulanten augenchirurgischen Eingriffen
VKZ: 12071400285

.....
(aufklärende Ärztin/ Arzt)

Für die Praxis: postalische Übersendung an:
BKK Landesverband Bayern
Fachbereich Innovative Versorgung/SH/DMP
Züricher Straße 25
81476 München

- (1) Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich
- über die Inhalte des Versorgungsmodells und insbesondere über meine Rechte und Pflichten ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche.
 - die Versicherteninformation zu Versorgungszielen und -inhalten erhalten habe sowie mit den dort genannten Inhalten einverstanden bin und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin.
 - bei der angegebenen Betriebskrankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile.
 - bei Änderung des Versichertenverhältnisses meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt informiere.
- (2) Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten und den Zulassungsstatus der diesbezüglich zur Verfügung stehenden Arzneimittel aufgeklärt sowie über die Natur und Prognose meiner Erkrankung informiert. Ich habe die Patienteninformation gelesen. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu ihrer Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet. Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ich bin mit der Therapie mit dem u.g. Arzneimittel / Wirkstoff am rechten / linken Auge und den damit verbundenen wiederholten operativen Eingriffen einverstanden

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Feuchte altersabhängige Makuladegeneration (AMD) |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DMÖ) |
| <input type="checkbox"/> Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses (RVV) |
| <input type="checkbox"/> Choroidale Neovaskularisation (CNV) bei pathologischer Myopie |
| <input type="checkbox"/> Symptomatische VMT |
| <input type="checkbox"/> Uveitis intermedia |
| <input type="checkbox"/> akute posteriore Uveitis |

	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> LA
Bevacizumab		
Ranibizumab		
Aflibercept		
Ocriplasmin		
Dexamethason		
Fluocinolonacetonid		
Brolucizumab		

(3) Mir ist bekannt, dass

- a. die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Tag der Abgabe der Erklärung) beginnt und von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse.
- b. **ich mich mit meiner Unterschrift für mindestens ein Jahr an die besondere Versorgung binde. Die Teilnahme kann, nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstmalig nach Ablauf der Bindungsfrist von einem Jahr mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Jahres gekündigt werden. Dabei ist das Datum der Kündigung maßgebend. Dies ist schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse bzw. zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse zu erklären. Empfänger der Kündigung ist meine Betriebskrankenkasse. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch jeweils um ein Jahr.**
- c. **ich meine Teilnahme gegenüber meiner Betriebskrankenkasse außerordentlich ohne Einhaltung einer Frist kündigen kann, sofern außerordentliche Gründe vorliegen (z.B. Umzug, Praxisschließung o.ä.). Dabei ist das Datum der Kündigung maßgebend. Dies ist schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse bzw. zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse zu erklären. Empfängerin der Kündigung ist meine Betriebskrankenkasse.**
- d. die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einer teilnehmenden Fachärztin/einem Facharzt erfolgen kann.
- e. ich nur teilnehmen kann, wenn eine entsprechende Indikation (Indikationsstellung erfolgt von der teilnehmenden Ärztin/dem Arzt) vorliegt. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass die aktive Mitwirkung Voraussetzung ist, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Eine fehlende Mitwirkung, wie z.B. wiederholte Nichtwahrnehmung der Termine oder Nichtbefolgung

des ärztlichen oder therapeutischen Rates stellen einen Pflichtverstoß dar. Bei einem festgestellten Pflichtverstoß kann die weitere Teilnahme durch die BKK ausgeschlossen werden.

- f. die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet darüber hinaus
- bei Zielerreichung des Versorgungsziels
 - mit dem Ende der Laufzeit des zugrunde liegenden Vertrages
 - mit dem Wechsel zu einer nicht teilnehmenden Krankenkasse
 - mit dem Ende der Teilnahme der betreuenden Ärztin/ des Arztes
 - mit dem Datum, an dem meine Betriebskrankenkasse die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell beendet

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten verarbeitet und an die Vertragsbeteiligten (Leistungserbringende, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Name der BKK, Versichertennummer und Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10 GM) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragsbeteiligten und den Beteiligten des Abrechnungs- und Teilnahmemanagements weiter gegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden – sofern notwendig – nur zwischen den behandelnden Leistungserbringenden/ Ärztinnen und Ärzten ausgetauscht (z.B. Wechsel des behandelnden Arztes).

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation nach Art. 13 EU-DSGVO erhalten habe und mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.

Datum

Unterschrift Versicherte/-r