

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

**Teilnahme- und datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung**  
für Versicherte der AOK Hessen

Anlage 2 Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen

**Vertragsnummer: 731**

**Vertragskennzeichen: 12046100731**

**Arztwechsel**

**Teilnahmeerklärung**  
Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenheimen informiert. Die Versicherteninformationen habe ich erhalten. Ich habe diese Informationen verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich erkläre gegenüber der AOK Hessen meine freiwillige Teilnahme am Vertrag Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenheimen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt die Teilnahmeerklärung im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt und an die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Postfach 1152, 36001 Fulda weiterleitet.

**Recht zum Widerruf der Teilnahmeerklärung**  
Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an dieser Versorgung ohne Begründung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift im Beratungscenter der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**  
Die Versicherteninformationen zum Datenschutz, in der die Verarbeitung meiner Daten beschrieben sind, habe ich erhalten. Hiermit bin ich über den Zweck der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. In der beiliegenden Versicherteninformation zum Datenschutz wird konkret beschrieben, wer meine Daten empfängt. Ich habe diese Informationen verstanden und willige ein, dass die AOK Hessen meine Daten im Rahmen des Vertrages verarbeitet wie in den Punkten I bis III der Datenschutzinformationen beschrieben.

**Recht zum Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung**  
Mein Einverständnis kann ich ohne nachteilige Folgen für mich verweigern, bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung endet automatisch auch meine Teilnahme an dem Vertrag.

Widerrufserklärungen kann ich richten an: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, APM-Fallmanagement, 35387 Gießen

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte)

ICD	OPS

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte(r) bzw. gesetzliche Vertretung  
(Der Betreuungsausweis oder eine Vollmacht liegt in Kopie bei)

\_\_\_\_\_

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_