

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



**VI**ACTIV  
Krankenkasse

KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN



## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

### Teilnahmeerklärung zum Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main – Vertrag Vitamin K-Antagonisten

**Ja, ich nehme an dem Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main – Vertrag Vitamin K-Antagonisten teil.**

#### Folgendes ist mir bekannt:

Die Behandlung erfolgt nach dem in dem Ärztenetz Rhein-Main abgestimmten Behandlungspfad, der eine optimale und rasche Behandlung garantieren. Meine Behandlung erfolgt unter enger Kommunikation und Abstimmung der teilnehmenden Ärzte. Ziel der Behandlung ist die optimale und sachgerechte Betreuung von Versicherten der VIACTIV Krankenkasse im Hinblick auf die Vitamin K-Antagonisten Therapie (VKA-Therapie).

Der gewählte Hausarzt übernimmt die Koordination innerhalb meiner ambulanten Behandlung. Er ist immer erster Ansprechpartner. Grundsätzlich wähle ich einen teilnehmenden Facharzt aus dem Ärztenetz Rhein-Main. In folgenden Fällen habe ich keinen Anspruch auf die im Vertrag beschriebenen Vorteile:

- Im Vertretungsfall,
- bei Inanspruchnahme des Notdienstes,
- wenn kein Facharzt der benötigten Fachrichtung dem Vertrag beigetreten ist.

Alle mir verordneten Medikamente sowie Selbstmedikation gebe ich meinem Hausarzt bekannt.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich einen anderen Arzt aus dem Ärztenetz Rhein-Main wählen oder aus dem Programm aussteigen. Ich kann meine Teilnahme schriftlich gegenüber der VIACTIV Krankenkasse kündigen. Andernfalls verlängert sich die Teilnahme automatisch.

Bei Fragen, Beschwerden oder bei persönlicher Unzufriedenheit kann ich mich schriftlich oder persönlich an die VIACTIV Krankenkasse wenden.

Ich verpflichte mich, die mit dem Arzt vereinbarten Termine einzuhalten.

Mein gewählter Hausarzt und/oder die VIACTIV Krankenkasse haben mich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages zur integrierten Versorgung informiert. Ich habe die o. g. Punkte zur Kenntnis genommen. Halte ich diese nicht ein, kann die VIACTIV Krankenkasse meine Teilnahme beenden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

## Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich bin mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch meinen Hausarzt und Fachärzte im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden. Folgendes ist mir bekannt:

1. Meine Daten werden unter Beachtung des Datenschutzes von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen geschickt. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wird die Daten zum Zweck der Abrechnung der ärztlichen Leistungen aufbereiten und an die VIACTIV Krankenkasse senden. Während des gesamten Verfahrens werden die Vorschriften des Datenschutzes beachtet.
2. Die von mir unterzeichnete Teilnahmeerklärung wird von meinem betreuenden Hausarzt zur Information über die Teilnahme an die VIACTIV Krankenkasse gesendet.
3. Meine Daten werden, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der interdisziplinären Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Ärzten ausgetauscht.
4. Die VIACTIV Krankenkasse kann mich zur persönlichen Zufriedenheit mit der Versorgung und Lebensqualität befragen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters