

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

VKZ: XXXXXXXXXXXX

 Weiterleitung der Teilnahmeerklärung per:
 Datei-Upload unter briefkasten.convema.de
 oder CONVEMA GmbH FAX: 030 25 93 86 14 99

Teilnahme und Einwilligungserklärung des Versicherten

Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

I. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe und endet grundsätzlich mit dem psychotherapeutischen Abschlussassessment bzw. der letzten Sitzung der Psychotherapie am Ende der Besonderen Versorgung. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse.
- Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit gegenüber der Krankenkasse außerordentlich schriftlich oder elektronisch mit Angabe eines Grundes gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Therapeuten-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

II. Einwilligung in die Therapeutenbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

III. Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich möchte an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer sport- und psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen.
- mir wurde eine Patienteninformation zu dem Versorgungsangebot vor Teilnahmebeginn ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der sport- und psychotherapeutischen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ vor Teilnahmebeginn erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden. Mir ist bekannt, dass bei einer Kündigung der Teilnahme nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt ist. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß den dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.
- ich hiermit den Leistungserbringern bzw. der Krankenkasse die Kontaktaufnahme erlaube, soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird.

Ich möchte die Leistungen des o.g. Versicherungsvertrages zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes

Ort, Datum
Bevollmächtigten *

Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers /

* Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten / sorgeberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt

Bestätigung des Arztes/Psychotherapeuten vom teilnehmenden Arzt/Psychotherapeuten auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die Versicherte/-n, die sich aus dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/-n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Leistungserbringers