

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

per Fax an:  
**089/62700-60759**



per Post an:  
**Siemens-Betriebskrankenkasse  
VVM AV RV  
Heimeranstraße 31  
80339 München**

### **Teilnahme an der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)**

Ich bin damit einverstanden,

dass sämtliche Leistungen zu meiner allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Behandlung durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht werden. Dabei soll eine enge Abstimmung zwischen diesen Leistungserbringern und meinen behandelnden Ärzten und Pflegekräften aus der Regelversorgung erfolgen.

Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an der Versorgung freiwillig ist. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Meine Erklärung zur Teilnahme kann ich jederzeit formlos ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen der integrierten Versorgung vergütet werden.

Zur Leistungserbringung ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich willige hiermit ausdrücklich ein,

- dass meine Daten im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses erhoben und verarbeitet werden dürfen und dass insoweit die an der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung beteiligten Ärzte und deren Mitarbeiter/innen bzw. Pflegedienste von deren Schweigepflicht entbunden sind,
- dass Daten aus Befundberichten vorbehandelnder Ärzte durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer eingeholt werden dürfen, sofern dies der Behandlung im Rahmen dieser Versorgung förderlich ist (Die Krankenkasse erhält nur Einsicht in diejenigen Sozialdaten, die zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Medizinische Befunddaten sind hiervon ausgeschlossen.),
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen werden können

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner patientenbezogenen Daten wie oben beschrieben kann ich jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Für eventuelle datenschutzrechtliche Rückfragen steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte Ihrer Krankenkasse zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten ggfs. Bevollmächtigter/Betreuer