

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



Teilnehmende Arztverbände
GYN-Verbund Berlin

1000003



Teilnahmeerklärung **discovering hands®** Brustkrebsfrüherkennung im Rahmen der Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von der BKK-VBU, dem **discovering hands®** Zentrum Berlin und den Ärzten des Gyn-Verbunds in Berlin und Brandenburg im Rahmen der Integrierten Verbundversorgung zusätzlich zu den Leistungen gemäß KFE-RL angebotenen erweiterten Brustkrebsfrüherkennung.

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Integrierte Versorgung kommt zwischen mir und dem jeweils behandelnden Arzt zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an den Versorgungsbund Berlin-Brandenburg teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die an der Integrierten Verbundversorgung in Berlin-Brandenburg beteiligten Leistungserbringer Befunde, Arztberichte und sonstige Behandlungsdaten, sowohl von den mitbehandelnden haus- oder Fachärzten anfordern, als auch an diese in Zusammenhang mit der Behandlung weiterleiten können. Mir ist bekannt, dass die Regelungen der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin und Brandenburg zur Schweigepflicht gelten.

Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der Integrierten Verbundversorgung in Berlin-Brandenburg erforderlich sind, erkläre ich mich mit einer Übermittlung dieser Daten an meine Krankenkasse, an die von meiner Krankenkasse beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH, sowie ggf. an den jeweiligen Arztverbund einverstanden. Mir ist bekannt, dass nur Informationen über mich weitergegeben werden, die nach § 140b SGB V vorgesehen sind und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen.

Des Weiteren bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen 2 Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK-VBU ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Datum

Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

Termin MTU-Zentrum:

Datum

Uhrzeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Institutionskennzeichen des Arztes

Praxisangaben

TE - Stand: April 2019 - Änderungen vorbehalten.