

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

Alles Gute.



Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung des Patienten / Datenerhebung

zum

VERTRAG

zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung gemäß § 73c SGB V

An die
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Hiermit erkläre ich,

- dass ich eine Patienteninformation erhalten habe und über den Behandlungsprozess der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung informiert wurde. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass die Behandlung meiner Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung ausschließlich bei teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten durchgeführt und andere Leistungen nur auf deren Überweisung in Anspruch genommen werden können.
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde sowie darauf, dass ich für mindestens ein Jahr an diese Vereinbarung gebunden bin und im Anschluss daran jederzeit die Teilnahme durch Erklärung gegenüber meiner Krankenkasse beenden kann.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern verarbeitet und an die Beteiligten des Vertrages (KVBW, beteiligte Krankenkassen) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, weitergegeben werden dürfen.
- dass im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mit anonymisierten Behandlungsdaten erstellt und durch die an diesem Vertrag Beteiligten ausgewertet wird.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten