

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



Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten am Programm „Frühe Hilfen“

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der im Versichertenfeld genannten Krankenkasse versichert bin.
- ich ausführlich über das Programm „Frühe Hilfen“ informiert bin und mir die Versicherteninformation dazu ausgehändigt wurde.
- die Teilnahme am Programm „Frühe Hilfen“ freiwillig ist.
- **mir bekannt ist, dass ich meine Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach der Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Abgabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- mir bekannt ist, dass ich die Teilnahme an dieser Vereinbarung außerordentlich kündigen kann, wenn durch einen Wechsel des Wohnortes der Besuch des bisherigen Arztes nicht mehr möglich ist und der neue behandelnde Arzt nicht an der Vereinbarung „Frühe Hilfen“ teilnimmt.
- ich durch diese Teilnahmeerklärung bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres meines Kindes in das Programm der „Frühe Hilfen“ eingebunden bin.

Die Leistungen der „Frühe Hilfen“ werden nicht von allen Ärzten/Psychotherapeuten erbracht. Welche Ärzte/Psychotherapeuten an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage Ihrer Krankenkasse oder der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg www.kvbawue.de/Arztsuche/Profisuche nachlesen. Nehmen Sie stattdessen einen anderen Arzt/Psychotherapeuten ohne Genehmigung für diese Leistung in Anspruch, werden die Kosten nicht durch Ihre Krankenkasse getragen.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme am Programm „Frühe Hilfen“ und werde die Teilnahmeerklärung direkt an meine Krankenkasse weiterleiten. Die Patienteninformation habe ich erhalten. Mit der in der Versicherteninformation beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an den „Frühe Hilfen“ bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r