

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Pflegeheim		
Wohnbereich		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum



Teilnahme- und Einwilligungserklärung gegenüber meiner Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Mein Hausarzt: _____

Teilnahmeerklärung CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung¹

Mein behandelnder Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin hat mich über die Inhalte des Versorgungsangebotes im Rahmen von CoCare mit den zusätzlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie über die Teilnahmebedingungen anhand der schriftlichen Projektinformation zu CoCare informiert. Die Projektinformation wurde mir ausgehändigt. Ich erhalte zeitnah eine Aufstellung über Namen, Adressen und telefonische Erreichbarkeiten der Ärzte, welche mich im Rahmen von CoCare in einem Team behandeln, ausgehändigt.

Für meine Fragen stehen mir die Pflegekräfte meines Pflegeheimes, meine mich behandelnden Ärzte, meine Krankenkasse sowie die KVBW² zur Verfügung.

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der oben benannten Krankenkasse versichert zu sein. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende bzw. jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- bei Beendigung meiner Teilnahme sämtliche, bisher von mir im Projektzusammenhang erhobenen Daten gelöscht werden,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Projektinformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich am Projekt CoCare nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch in die Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingewilligt habe (siehe Seite 2).

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme am Projekt CoCare mit Wirkung zum heutigen Tag (Behandlungsbeginn von CoCare frühestens am 01.01.2018).

Teilnahmeerklärung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „CoCare - Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“ Förderkennzeichen: 01NVF16019

² Die Kontaktdaten finden Sie auf der schriftlichen Projektinformation.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Pflegeheim		
Wohnbereich		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum



Teilnahme- und Einwilligungserklärung gegenüber meiner Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Mein Hausarzt: _____

Teilnahmeerklärung CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung¹

Mein behandelnder Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin hat mich über die Inhalte des Versorgungsangebotes im Rahmen von CoCare mit den zusätzlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie über die Teilnahmebedingungen anhand der schriftlichen Projektinformation zu CoCare informiert. Die Projektinformation wurde mir ausgehändigt. Ich erhalte zeitnah eine Aufstellung über Namen, Adressen und telefonische Erreichbarkeiten der Ärzte, welche mich im Rahmen von CoCare in einem Team behandeln, ausgehändigt.

Für meine Fragen stehen mir die Pflegekräfte meines Pflegeheimes, meine mich behandelnden Ärzte, meine Krankenkasse sowie die KVBW² zur Verfügung.

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der oben benannten Krankenkasse versichert zu sein. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende bzw. jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- bei Beendigung meiner Teilnahme sämtliche, bisher von mir im Projektzusammenhang erhobenen Daten gelöscht werden,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Projektinformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich am Projekt CoCare nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch in die Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingewilligt habe (siehe Seite 2).

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme am Projekt CoCare mit Wirkung zum heutigen Tag (Behandlungsbeginn von CoCare frühestens am 01.01.2018).

Teilnahmeerklärung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „CoCare - Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“ Förderkennzeichen: 01NVF16019

² Die Kontaktdaten finden Sie auf der schriftlichen Projektinformation.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Pflegeheim		
Wohnbereich		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum



Teilnahme- und Einwilligungserklärung
gegenüber meiner Krankenkasse und der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen



Mein Hausarzt: _____

Teilnahmeerklärung CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung¹

Mein behandelnder Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin hat mich über die Inhalte des Versorgungsangebotes im Rahmen von CoCare mit den zusätzlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie über die Teilnahmebedingungen anhand der schriftlichen Projektinformation zu CoCare informiert. Die Projektinformation wurde mir ausgehändigt. Ich erhalte zeitnah eine Aufstellung über Namen, Adressen und telefonische Erreichbarkeiten der Ärzte, welche mich im Rahmen von CoCare in einem Team behandeln, ausgehändigt.

Für meine Fragen stehen mir die Pflegekräfte meines Pflegeheimes, meine mich behandelnden Ärzte, meine Krankenkasse sowie die KVBW² zur Verfügung.

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der oben benannten Krankenkasse versichert zu sein. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende bzw. jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- bei Beendigung meiner Teilnahme sämtliche, bisher von mir im Projektzusammenhang erhobenen Daten gelöscht werden,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Projektinformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich am Projekt CoCare nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch in die Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingewilligt habe (siehe Seite 2).

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme am Projekt CoCare mit Wirkung zum heutigen Tag (Behandlungsbeginn von CoCare frühestens am 01.01.2018).

<p>Teilnahmeerklärung</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)</p>
--

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „CoCare - Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“ Förderkennzeichen: 01NVF16019
² Die Kontaktdaten finden Sie auf der schriftlichen Projektinformation.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Pflegeheim		
Wohnbereich		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum



Teilnahme- und Einwilligungserklärung gegenüber meiner Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Mein Hausarzt: _____

Teilnahmeerklärung CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung¹

Mein behandelnder Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin hat mich über die Inhalte des Versorgungsangebotes im Rahmen von CoCare mit den zusätzlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie über die Teilnahmebedingungen anhand der schriftlichen Projektinformation zu CoCare informiert. Die Projektinformation wurde mir ausgehändigt. Ich erhalte zeitnah eine Aufstellung über Namen, Adressen und telefonische Erreichbarkeiten der Ärzte, welche mich im Rahmen von CoCare in einem Team behandeln, ausgehändigt.

Für meine Fragen stehen mir die Pflegekräfte meines Pflegeheimes, meine mich behandelnden Ärzte, meine Krankenkasse sowie die KVBW² zur Verfügung.

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der oben benannten Krankenkasse versichert zu sein. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann,
- ich meine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende bzw. jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- bei Beendigung meiner Teilnahme sämtliche, bisher von mir im Projektzusammenhang erhobenen Daten gelöscht werden,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Projektinformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich am Projekt CoCare nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch in die Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingewilligt habe (siehe Seite 2).

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme am Projekt CoCare mit Wirkung zum heutigen Tag (Behandlungsbeginn von CoCare frühestens am 01.01.2018).

Teilnahmeerklärung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „CoCare - Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“ Förderkennzeichen: 01NVF16019

² Die Kontaktdaten finden Sie auf der schriftlichen Projektinformation.