

Ausfüllanleitung Teilnahme- und Einwilligungserklärung Pflegeheimbewohner in der Interventionsgruppe

Formular 1 - Teilnahmeerklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger			1
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Pflegeheim			2
Wohnbereich			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum	
3	4	5	



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

1

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Mein Hausarzt:


6

Teilnahmeerklärung	7
Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)	

- 1 In den beiden Feldern ist die Krankenkasse des Pflegeheimbewohners einzutragen. Die korrekte Bezeichnung finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte des Pflegeheimbewohners.
- 2 Personalien-Feld: Bitte mit Name, Vorname und Geburtsdatum des Pflegeheimbewohners sowie der Bezeichnung/des Namens des Pflegeheimes und dem Wohnbereich im Pflegeheim befüllen.
- 3 Kassennummer: Die Nummer der Krankenkasse finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte auf der Rückseite unter Nr. 7 – Kennnummer des Trägers oder auf der Vorderseite links unten bei Versicherung.
- 4 Versichertennummer: Die Versichertennummer finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte auf der Rückseite unter Nr. 6 – Persönliche Kennnummer oder auf der Vorderseite unten mittig bei Versichertennummer.
- 5 Unter Datum ist das Datum einzutragen, an dem der Pflegeheimbewohner oder Betreuer bzw. Bevollmächtigter die Einwilligungserklärung unterzeichnet
- 6 Bitte den Namen des Hausarztes des Pflegeheimbewohners eintragen.
- 7 Das Unterschriftenfeld muss komplett ausgefüllt werden mit Datum, Unterschrift und Name in Druckbuchstaben. Als Datum ist das Datum einzutragen, an dem der Pflegeheimbewohner oder Betreuer bzw. Bevollmächtigter die Einwilligungserklärung unterzeichnet (analog Nr. 5)

Ausfüllanleitung Teilnahme- und Einwilligungserklärung Pflegeheimbewohner in der Interventionsgruppe

Formular 2 – Einwilligungserklärung

8	 CoCare coordinated medical care
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Pflegeheim:	<input type="text"/>

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung
9
<hr/> <small>Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)</small>
10
<hr/> <small>Datum, Unterschrift Hausarzt (mit BSNR oder LANR)</small>

- 8 Bitte mit Name und Vorname des Pflegeheimbewohners sowie der Bezeichnung/des Namens des Pflegeheimes befüllen.
- 9 Das Unterschriftenfeld muss komplett ausgefüllt werden mit Datum, Unterschrift und Name in Druckbuchstaben. Als Datum ist das Datum einzutragen, an dem der Pflegeheimbewohner oder Betreuer bzw. Bevollmächtigter die Einwilligungserklärung unterzeichnet (analog Nr. 5)
- 10 Datum, Unterschrift und Betriebsstätten-Nummer (BSNR) bzw. Lebenslange Arztnummer (LANR) des unter Nr. 6 – Mein Hausarzt genannten Arztes (wird vom Arzt ausgefüllt).