

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



## Teilnahme- und Einverständniserklärung für Versicherte

### zu dem Vertrag nach § 73 c SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der IKK classic

#### Patienteninformation:

Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie.

Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifisch ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig.

Gegenstand dieses Vertrages sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen der IKK classic geregelt sind.

#### Hinweis zum Datenschutz:

Zu Abrechnungszwecken dürfen die Kassenärztliche Vereinigung und meine Krankenkasse meine Abrechnungsdaten von an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern erhalten. Diese Daten werden nach Abschluss der Behandlung bzw. Abrechnung unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht. Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt. Ich wurde über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten umfassend informiert.

#### Erklärung der Patientin/des Patienten:

Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. **Ich bin darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen zwei Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic.** Ich verpflichte mich gemäß § 73 c SGB V gegenüber meiner IKK classic für grundsätzlich ein Jahr, mindestens jedoch für die Dauer der homöopathischen Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich.

Mein/e homöopathisch behandelnde/r Ärztin/Arzt ist: \_\_\_\_\_

Ich habe mich zuvor/zuvor nicht (Unzutreffendes bitte streichen) bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin für diesen Vertrag eingeschrieben. Ggf. Name/Anschrift des/der vorherigen Arztes/Ärztin:

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung für Versicherte der IKK classic wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel