

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

## Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Rheinland-Pfalz oder
- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Rheinland-Pfalz

Vertrags-Nr.:

**121512KK001 Diabetes mellitus**  
**121512KK002 Hypertonie**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**  
KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,  
per Fax 0511 80 684 684 oder Email an BesV@kkh.de

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Nach Ablauf des ersten Jahres kann ich meine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen kündigen.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes dagegen jederzeit außerordentlich kündigen kann. Wichtige Gründe sind zum Beispiel ein Wohnortwechsel, ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, eine Praxisschließung oder auch eine Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes.

### 2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.**

### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits z. B. nicht in Notfällen oder bei Abwesenheit des gewählten Haus- oder Facharztes vom Praxisort vorliegt.
- ich mich über die teilnehmenden Leistungserbringer bei einem KKH-Servicezentrum informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem KKH-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

#### Vom einschreibenden Arzt auszufüllen

Bitte LANR und BSNR eintragen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel