

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Fr. Flindt / Fr. Wehner
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Praxisstempel

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung - bei Beginn der Apheresebehandlung -

Nach Anlage 1, Nr. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung § 6 Abs. 2
- Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren -

Behandelnde(r) Ärztin / Arzt*: _____

Angaben zum/zur Patient(in)

Pseudonym: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein(e) Arzt / Ärztin

- meine pseudonymisierten Daten für den Beginn der Apheresetherapie, der fachkundigen Apherese-Kommission zur Beratung und Indikationsstellung und meiner zuständigen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden.
- meine Daten für den Beginn Apheresetherapie an meine Krankenkasse übermittelt werden dürfen.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

* Dieses Formular muss vom behandelnden Arzt auch bei jedem Verlängerungsantrag (in Kopie) mitgeschickt werden, um den Patienten eindeutig zuordnen zu können und eine zügige Antragsbearbeitung gewährleisten zu können.