

Anlage 2 Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten

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

Original an Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten aushändigen.

Vertragsarztstempel

Teilnahme- und Einverständniserklärung

zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.

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 potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische 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 Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende.

Erklärung der Patientin / des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 140a SGB V gegenüber meiner BKK, für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen oder andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin bestätige ich, dass ich die o. g. homöopathische Ärztin / den o.g. homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag gewählt habe.

Ich war zuvor bei folgender Ärztin / folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, wenn zutreffend.)

Name des Ärztin / Arztes

Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten