

# Teilnahmeerklärung



Bitte schicken Sie das Original an:

VSA GmbH  
AV-Arztabrechnung  
Tomannweg 6  
81673 München

Vertragskennzeichen  
**120A02AE019**

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

## Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung Rheumatologie nach § 140a SGB V der BARMER mit der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH



Die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit den dort beschriebenen Regelungen bin ich einverstanden.

Über die Behandlungsinhalte, die Vertragsziele und die beteiligten Leistungserbringer wurde ich informiert. Ich bin mit der Therapie im Rahmen der Integrierten Versorgung sowie der Behandlung durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung wird durch die VSA GmbH, AV-Arztabrechnung, Tomannweg 6, 81673 München an die BARMER übersandt. Die Information, dass ich an der Integrierten Versorgung teilnehme, wird bei der BARMER gespeichert.

An die Teilnahmeerklärung bin ich für die Dauer der Behandlung ab Beginn der Teilnahme gebunden. Während der Bindung kann ich meine Teilnahme in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER jeweils zum Ende eines Quartals beenden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet, der Vertrag über die Integrierte Versorgung beendet wird, oder ich meine Einwilligungserklärung zur Datenverwendung widerrufe.

Mir ist bekannt, dass es für den Behandlungserfolg der Integrierten Versorgung erforderlich ist, dass ich die Leistungen aus diesem Vertrag nur bei Ärzten und Institutsambulanzen in Anspruch nehme, die an dieser Versorgung teilnehmen. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Verstöße gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die BARMER, dies zu unterlassen, kann die BARMER meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die BARMER mir die Kosten auferlegen, die ihr durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

## Widerrufsbelehrung

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit der schriftlichen Belehrung des Versicherten über sein Widerrufsrecht durch die BARMER, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

## Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140 a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Bitte Rückseite beachten!

# Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Vertragskennzeichen 120A02AE019

## Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung im Rahmen der Integrierten Versorgung Rheumatologie**

Die „Patienteninformationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Über die Erhebung und Nutzung meiner Daten wurde ich aufgeklärt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Daten wie in der Patienteninformation beschrieben zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Prüfung der Abrechnung erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen notwendigen Daten an die mit der Abrechnung beauftragte externe Abrechnungsstelle VSA GmbH, AV-Arzt abrechnung, Tomannweg 6, 81673 München und von dort an die Rechnungsstelle der BARMER weitergegeben werden,
- meine für die Abrechnung der Leistungen der Institutsambulanzen notwendigen Daten von der jeweiligen Institutsambulanz an die BARMER übermittelt werden.

Ich entbinde insoweit zugleich meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ist der Vertragspartner eine Managementgesellschaft, darf diese für die Durchführung ihrer vertraglichen Aufgaben meine notwendigen personenbezogenen Daten ebenfalls aus der gemeinsamen Dokumentation erheben, verarbeiten und nutzen.

**Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, -nutzung und -weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Bitte Rückseite beachten!

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

## Teilnahmeerklärung Exemplar Arzt

# BARMER

Bitte schicken Sie das Original an:

VSA GmbH  
AV-Arzt abrechnung  
Tomannweg 6  
81673 München

Vertragskennzeichen  
**120A02AE019**

### Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung Rheumatologie nach § 140a SGB V der BARMER mit der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH, 44869 Bochum



Die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit den dort beschriebenen Regelungen bin ich einverstanden.

Über die Behandlungsinhalte, die Vertragsziele und die beteiligten Leistungserbringer wurde ich informiert. Ich bin mit der Therapie im Rahmen der Integrierten Versorgung sowie der Behandlung durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung wird durch die VSA GmbH, AV-Arzt abrechnung, Tomannweg 6, 81673 München an die BARMER übersandt. Die Information, dass ich an der Integrierten Versorgung teilnehme, wird bei der BARMER gespeichert.

An die Teilnahmeerklärung bin ich für die Dauer der Behandlung ab Beginn der Teilnahme gebunden. Während der Bindung kann ich meine Teilnahme in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER jeweils zum Ende eines Quartals beenden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet, der Vertrag über die Integrierte Versorgung beendet wird, oder ich meine Einwilligungserklärung zur Datenverwendung widerrufe.

Mir ist bekannt, dass es für den Behandlungserfolg der Integrierten Versorgung erforderlich ist, dass ich die Leistungen aus diesem Vertrag nur bei Ärzten und Institutsambulanzen in Anspruch nehme, die an dieser Versorgung teilnehmen. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Verstoße ich gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die BARMER, dies zu unterlassen, kann die BARMER meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die BARMER mir die Kosten auferlegen, die ihr durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

### Widerrufsbelehrung

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit der schriftlichen Belehrung des Versicherten über sein Widerrufsrecht durch die BARMER, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

### Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140 a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Bitte Rückseite beachten!

# Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung Exemplar Arzt

Vertragskennzeichen 120A02AE019

## Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung im Rahmen der Integrierten Versorgung Rheumatologie**

Die „Patienteninformationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Über die Erhebung und Nutzung meiner Daten wurde ich aufgeklärt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Daten wie in der Patienteninformation beschrieben zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Prüfung der Abrechnung erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen notwendigen Daten an die mit der Abrechnung beauftragte externe Abrechnungsstelle VSA GmbH, AV-Arzt abrechnung, Tomannweg 6, 81673 München und von dort an die Rechnungsstelle der BARMER weitergegeben werden,
- meine für die Abrechnung der Leistungen der Institutsambulanzen notwendigen Daten von der jeweiligen Institutsambulanz an die BARMER übermittelt werden.

Ich entbinde insoweit zugleich meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ist der Vertragspartner eine Managementgesellschaft, darf diese für die Durchführung ihrer vertraglichen Aufgaben meine notwendigen personenbezogenen Daten ebenfalls aus der gemeinsamen Dokumentation erheben, verarbeiten und nutzen.

**Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, -nutzung und -weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Bitte Rückseite beachten!

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

## Teilnahmeerklärung Exemplar Versicherter

# BARMER

Bitte schicken Sie das Original an:

VSA GmbH  
AV-Arzt abrechnung  
Tomannweg 6  
81673 München

Vertragskennzeichen  
**120A02AE019**

### Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung Rheumatologie nach § 140a SGB V der BARMER mit der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH, 51149 Köln



Die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit den dort beschriebenen Regelungen bin ich einverstanden.

Über die Behandlungsinhalte, die Vertragsziele und die beteiligten Leistungserbringer wurde ich informiert. Ich bin mit der Therapie im Rahmen der Integrierten Versorgung sowie der Behandlung durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung wird durch die VSA GmbH, AV-Arzt abrechnung, Tomannweg 6, 81673 München an die BARMER übersandt. Die Information, dass ich an der Integrierten Versorgung teilnehme, wird bei der BARMER gespeichert.

An die Teilnahmeerklärung bin ich für die Dauer der Behandlung ab Beginn der Teilnahme gebunden. Während der Bindung kann ich meine Teilnahme in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER jeweils zum Ende eines Quartals beenden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet, der Vertrag über die Integrierte Versorgung beendet wird, oder ich meine Einwilligungserklärung zur Datenverwendung widerrufe.

Mir ist bekannt, dass es für den Behandlungserfolg der Integrierten Versorgung erforderlich ist, dass ich die Leistungen aus diesem Vertrag nur bei Ärzten und Institutsambulanzen in Anspruch nehme, die an dieser Versorgung teilnehmen. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Verstoße ich gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die BARMER, dies zu unterlassen, kann die BARMER meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die BARMER mir die Kosten auferlegen, die ihr durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

### Widerrufsbelehrung

**Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit der schriftlichen Belehrung des Versicherten über sein Widerrufsrecht durch die BARMER, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

### Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140 a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Bitte Rückseite beachten!

# Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung Exemplar Versicherter

Vertragskennzeichen 120A02AE019

## Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung im Rahmen der Integrierten Versorgung Rheumatologie**

Die „Patienteninformationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Über die Erhebung und Nutzung meiner Daten wurde ich aufgeklärt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Daten wie in der Patienteninformation beschrieben zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Prüfung der Abrechnung erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen notwendigen Daten an die mit der Abrechnung beauftragte externe Abrechnungsstelle VSA GmbH, AV-Arzt abrechnung, Tomannweg 6, 81673 München und von dort an die Rechnungsstelle der BARMER weitergegeben werden,
- meine für die Abrechnung der Leistungen der Institutsambulanzen notwendigen Daten von der jeweiligen Institutsambulanz an die BARMER übermittelt werden.

Ich entbinde insoweit zugleich meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ist der Vertragspartner eine Managementgesellschaft, darf diese für die Durchführung ihrer vertraglichen Aufgaben meine notwendigen personenbezogenen Daten ebenfalls aus der gemeinsamen Dokumentation erheben, verarbeiten und nutzen.

**Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, -nutzung und -weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Bitte Rückseite beachten!