

INFORMATIONSBLETT „Einschreibung des Versicherten“

1. Einschreibung des Versicherten

- Sie können Ihre Patienten in den BV-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse einschreiben, sobald Sie sich mittels einer Teilnahmeerklärung in den BV-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse eingeschrieben und eine Bestätigung erhalten haben.
- Sie informieren Ihre Patienten über die BV und händigen ihnen die **Patienteninformation zum BV-Programm und die Information zum Datenschutz** aus und bitten sie diese sorgfältig durchzulesen.
- Nachdem der Patient die **Patienteninformation zum BV-Programm und die Information zum Datenschutz** sorgfältig durchgelesen hat, legen Sie ihm bitte alle zwei Exemplare der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Exemplar für das Rechenzentrum, Exemplar für den Versicherten)** vor, - bedrucken Sie die Teilnahmeerklärung **mit Hilfe Ihrer Software** - handschriftlich ausgefüllte Teilnahmeerklärungen können nicht verarbeitet und somit nicht akzeptiert werden!
- Im Anschluss setzen Sie Ihren Arztstempel auf alle zwei Exemplare der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung** und unterschreiben ebenfalls alle zwei Exemplare der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**.
- Die unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung für das Rechenzentrum senden Sie unverzüglich, spätestens bis zum 10. Kalendertag des ersten Monats des auf die Einschreibung folgenden Quartals (10. April für Q1; 10. Juli für Q2; 10. Oktober für Q3; 10. Januar für Q4) an :

HCMS Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg
Bitte beachten Sie die Postlaufzeit!

Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen „**Teilnahme- und Einwilligungserklärung**“ senden Sie bitte an die auf der Teilnahmeerklärung angegebene Adresse.
Bitte beachten Sie unbedingt die oben genannten Fristen bei der Übersendung!

Vollständige Patienten- und Arztdaten
(maschinenbedruckt)

Patienten- und Arztdaten	
Name, Vorname des Versicherten	PKB-Nr.
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsort	Geburtszeitpunkt

Techniker Krankenkasse
Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung
 Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung Rheuma "Versorgungslandschaft Rheuma"
 000002
 Bitte schicken Sie das Original an:
 HCMS Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
 Dürrenhofstraße 4
 90402 Nürnberg

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.
 Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.
 Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.
 Für den zu versorgenden Behandlungsfall bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. In der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung wird das Behandlungsende näher erläutert. Unabhängig davon kann ich meine Teilnahme jederzeit in Textform beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.
 Mit dem Inhalt der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung und der Patienteninformation bin ich einverstanden.
 Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die TK absende.
 Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einsehen zu lassen.
Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten
 Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.
 Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei ihrer beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewählten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.
Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke
 Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden.
 Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.
 Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Leistungserbringer die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Versicherungsnummer, Versicherungsstatus, Teilnahmearten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Versorgungsleistungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung:
 Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg

Arztstempel

Datum und Unterschriften des Versicherten
bitte nicht vergessen!

Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters	Vertragsarzt Stempel
--	----------------------

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- Bitte wenden -

2. Abrechnung der an der BV teilnehmenden Versicherten

- Die Techniker Krankenkasse prüft die übermittelten Teilnahmeerklärungen und informiert das von der VLR beauftragte Rechenzentrum, welcher Versicherte bei Ihnen zur Teilnahme an der BV berechtigt ist.
- Die der Abrechnung zugrundeliegende Erfassung und Dokumentation der ärztlichen Leistungen erfolgt in der Abrechnungssoftware.

3. Weitere wichtige Informationen

- Alle vertragsrelevanten Dokumente finden Sie auf der Homepage von der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR) beauftragter Managementgesellschaft unter www.bestcaresolutions.de.
- Für Fragen rund um den BV-Vertrag steht Ihnen der Kundenservice der Versorgungslandschaft Rheuma (VLR) unter [0211 – 90 98 17 77](tel:0211-90981777) gerne zur Verfügung