

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegleser
09099 Chemnitz



V14A

- Ersteinschreibung**
- Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Name, Vorname des einschreibenden HAUSARZTES:

Name, Vorname der betreuenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ:

LANR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angegebenen VERTRAGSÄRZTE als meinen Versorgungsverbund im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen aus DFS Sachsen durch meinen HAUSARZT bzw. die AOK PLUS informiert worden. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass besondere (Versorgungs-)Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen gegenüber der AOK PLUS eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich gegenüber der AOK PLUS insbesondere zur Einhaltung der in den umseitig aufgeführten Erläuterungen enthaltenen Regeln von DFS Sachsen und akzeptiere diese.

II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen von DFS Sachsen umfassend informiert worden. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag DFS Sachsen einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I., den umseitigen Erläuterungen und der Patienteninformation am Vertrag DFS Sachsen teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich bin mit der unter II. und der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag DFS Sachsen einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

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 des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des HAUSARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag DFS Sachsen erfüllt sind.

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

Stempel HAUSARZT

Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung (TE)

Versicherte der AOK PLUS, bei denen ein auffälliger Fußstatus festgestellt wurde, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages DFS Sachsen teilnehmen, sofern

- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und eine an diesem Vertrag teilnehmende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ als ihren Versorgungsverbund gewählt haben. Sofern der Versicherte eine koordinierende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist, gewählt hat, kann diese auch gleichzeitig der den Versicherten betreuende HAUSARZT sein. Der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund kann sich um einen an diesem Vertrag teilnehmenden ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und/oder WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT erweitern, wenn die vom Versicherten gewählte DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nicht selbst angiologische Leistungen und/oder spezielle wundchirurgische Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringt. Der HAUSARZT kann dem Versicherten bei Auswahl der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ den zum Versorgungsverbund gehörenden ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT bzw. WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT benennen.

Die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sichert eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung - incl. der Schuhabnahme. Dabei arbeitet sie eng mit für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmachern/Schuh-technikern zusammen. Bei medizinischer Notwendigkeit einer stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms des Versicherten stimmt sich der HAUSARZT mit der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ über die Einweisung in ein geeignetes besonders auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiertes Krankenhaus ab. Im Übrigen entscheidet der HAUSARZT nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Den allgemeinen Rahmen für die Umsetzung bilden § 73a SGB V und die im Vertrag DFS Sachsen getroffenen Regelungen. Dieser Versorgungsvertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Es gelten daher die Heilmittel- und Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Regelungen zur Qualität der Versorgung. Die Regelungen des Vertrages DFS Sachsen ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und der von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen VERTRAGSARZT und Patient. Deren Inhalt wird durch den Vertrag DFS Sachsen mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag DFS Sachsen ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht. Die Teilnahme an dieser Versorgung schränkt weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein. Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch den Vertrag ebenfalls nicht außer Kraft gesetzt.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages und unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sowie ggf. der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT und der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils koordinierenden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese Vertragsärzte für die Behandlung bzw. Koordination des auffälligen Fußstatus, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen.

Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen betreuenden HAUSARZT und eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter im selben Quartal bei verschiedenen HAUSÄRZTEN eingeschrieben und/oder sich für verschiedene DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN entschieden hat, ohne dies als VERTRAGSÄRZTWECHSEL (siehe unten) kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen HAUSARZT und/oder eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Mit der Teilnahme an dieser Versorgung soll die Eigenverantwortung des Versicherten durch die Einbeziehung in die Behandlungsabläufe gestärkt werden.

Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Zufriedenheitsanalyse durchgeführt wird, erfolgt diese in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug). Der Versicherte verpflichtet sich, an dieser teilzunehmen. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten (z. B. das Wagner-Stadium) und die Ergebnisse der Zufriedenheitsanalyse werden für eine Evaluation verwendet, an einen Evaluator in pseudonymisierter Form weitergegeben und zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Vertrages von diesem genutzt.

Die Teilnahme an dieser Versorgung beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE nach erfolgter persönlicher, umfassender und patientenbezogener Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages DFS Sachsen durch den HAUSARZT.

Die Teilnahme an dieser Versorgung kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden. Danach ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens 2 Monate vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.

Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

- mit dem Ende der Vertragsteilnahme eines gewählten VERTRAGSARZTES des Versorgungsverbundes, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden VERTRAGSARZT wählt oder
- bei einem dauerhaften Wechsel des Versicherten zu einem VERTRAGSARZT, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
- mit dem Ende des Vertrages DFS Sachsen.

Über das Ende der Teilnahme unterrichtet die AOK PLUS die betreffenden Versicherten schriftlich.

Bei einem Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ füllt der Versicherte die TE/EWE beim (neu gewählten) HAUSARZT erneut aus. Der Wechsel des VERTRAGSARZTES wird zum jüngsten auf der TE/EWE angegebenen Datum wirksam.

Erläuterungen zur Einwilligungserklärung (EWE)

Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten HAUSARZT an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach der Einschreibung durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten HAUSARZT und der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ sowie ggf. dem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zur Verfügung stellt. Die KVS ist die Abrechnungsstelle, bei der die VERTRAGSÄRZTE die Leistungen abrechnen.
4. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. –diagnosen und ggf. das Wagner-Stadium mit Personenbezug erhält.
5. die Datenerhebung und Datenübermittlung gemäß § 295 SGB V meiner personenbezogenen Behandlungsdaten und –befunde hinsichtlich der Koordination meiner Erkrankungen im Rahmen des Vertrages DFS Sachsen durch die von mir gewählten VERTRAGSÄRZTE und zwischen ihnen erfolgt.
6. die KVS von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten erhält:
Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter HAUSARZT, gewählte DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ.
7. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie bei einem Wechsel der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ an die neu gewählte DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ auf Anforderung übersendet werden können.
8. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an DFS Sachsen gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
9. ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.
10. durch meinen betreuenden HAUSARZT und/oder betreuende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ das Wagner-Stadium personenbezogen an die KVS ausschließlich für Zwecke der Evaluation übermittelt wird und ausschließlich zu diesem Zweck zu einem späteren Zeitpunkt an den Evaluator in pseudonymisierter Form weitergeleitet wird.
Der KVS ist in diesem Zusammenhang jegliche personenbezogene Auswertung und Nutzung der Daten sowie das Erstellen von Kopien der Datensätze untersagt. Sobald die KVS die Daten an das die Evaluation durchführende Institut in pseudonymisierter Form übermittelt hat und eine Bestätigung der erfolgreichen Datenübermittlung erhalten hat, werden diese Daten gelöscht.