
Anlage 3

Patienten- Einverständniserklärung

Integrationsvertrag „Koronare Herzkrankheit und Diabetes“

Hamburg

Anlage 3

Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Patienten

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „KHK und Diabetes“ in der Region Hamburg ein besonderes Leistungspaket zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Koronaren Herzkrankheit und Diabetes an.

Wie Sie der Ihnen ausgehändigten Information zur Integrierten Versorgung entnehmen können, sollen durch diese neue Art der Kooperation und Kommunikation der beteiligten Leistungserbringer die einzelnen Behandlungsprozesse so aufeinander abgestimmt werden, dass sie reibungslos und bei nachweislich guter Qualität erbracht werden können.

Ihr Arzt hat Ihnen die Verhaltensweisen, die für das Leben mit KHK und Diabetes beachtet werden müssen, erklärt. Er hat Sie informiert, dass Sie ihm mitteilen müssen, wenn Sie sich ins Ausland begeben oder einen anderen Arzt im Rahmen der Behandlung der KHK bzw. Diabetes in Anspruch nehmen möchten. Ein Ausschluss aus der Integrierten Versorgung erfolgt nur, wenn Sie sich wesentlich über diese Teilnahmebedingungen hinwegsetzen.

Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme entstehen Ihnen Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Teilnahme schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse zu widerrufen. Ihre Daten werden dann nicht weiter gegeben und die bereits weiter gegebenen Daten werden sofort gelöscht. Darüber hinaus werden Ihre Daten am Ende des Projektes, spätestens nach 10 Jahren, gelöscht.

Welchen Daten werden von Ihnen benötigt und was geschieht mit Ihren Daten?

Die von Ihnen gegebenen Informationen zur Ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (die Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage) werden in einer Patientenakte dokumentiert. Diese Daten werden im erforderlichen Umfang nur von den an dieser Integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzten und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen.

Die LBK Hamburg GmbH übernimmt die Aufgabe der Qualitätssicherung und -kontrolle sowie der Netzkoordination.

Ihre Behandlungsdaten werden zusammen mit der Versichertennummer, Geschlecht, Alter, Krankenkassennummer, Datum und Institutionskennzeichen bzw. Arztnummer, jedoch ohne Ihren Namen und Adresse vom behandelnden Arzt an Ihre Krankenkasse übermittelt.

Die Integrierte Versorgung von KHK und Diabetes in der Region Hamburg wird wissenschaftlich begleitet. Mit der wissenschaftlichen Auswertung wird ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt. Ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen.

Ihre Krankenkasse übermittelt dem Forschungsinstitut, ebenfalls ohne Ihren Namen und Adresse, gemeinsam mit den Behandlungsdaten Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten (Zeitraum und Kosten), Pflegeleistungen und Kosten) um diese mit den aus der Integrierten Versorgung gewonnenen Erkenntnissen zusammenzuführen und auszuwerten.

Einverständnis zur Teilnahme an der Qualitätspartnerschaft zur Integrierten Versorgung und Einwilligung zur hiermit verbundenen Datenerhebung und –verarbeitung.

Ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Integrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit KHK und Diabetes wurden vom u. g. behandelnden Arzt beantwortet.

Ich wünsche eine Behandlung auf Grund des hier vorgestellten Versorgungskonzeptes.

Meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnahmeerklärung kann daher jederzeit - wenn möglich schriftlich - von mir widerrufen werden. Die datenschutzrechtlichen Einwilligungspunkte sind nachfolgend besonders gekennzeichnet (durch Rahmen) aufgeführt.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten von den in der Teilnahme und Datenschutzerklärung aufgeführten Institutionen im Rahmen der Erläuterungen zum KHK und Diabetes erhoben und verarbeitet werden dürfen,
- dass insoweit die an der integrierten Versorgung beteiligten Ärzte und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden sind.

Name, Vorname

Versicherungs_Nr.

geb. am

wohnhaft in

Ort/Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift des koordinierenden behandelnden Arztes

(Stempel)

Unterschrift eines weiteren behandelnden Arztes

(Stempel)

Unterschrift eines weiteren behandelnden Arztes

(Stempel)