



Gültig ab 21.05.2018

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

#### Hinweise an den Leistungserbringer

- ▶ Dieses Formular mit der Kennung **A** bitte nur für die hierfür gemäß Fax-Nummernliste vorgesehenen Krankenkassen verwenden.
- ▶ Bitte beachten Sie alle weiteren Informationen zur Einschreibung und insbesondere die Faxnummern unter [www.managementgesellschaft-dzvh.de](http://www.managementgesellschaft-dzvh.de)
- ▶ Die „Einwilligungserklärung Datenschutz“ bitte ebenfalls unterschreiben lassen und das Formular in der Patientenakte verwahren.

## Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten für die Versorgung mit Klassischer Homöopathie

**Ja, ich möchte die Vorteile des Vertrags zwischen der Managementgesellschaft des DZVhÄ und meiner Krankenkasse zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie nutzen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.**

**Ich habe mich ausführlich von meiner Krankenkasse über die Inhalte und die an diesem Vertrag beteiligten Leistungserbringer informieren lassen. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.**

Mein Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur durch für diesen Vertrag zugelassene Leistungserbringer erfolgt. Mein Recht auf freie Arzt- und ggf. Apothekenwahl wird durch diesen Vertrag nicht eingeschränkt bzw. für Versicherte der HKK insoweit eingeschränkt, als ich verpflichtet bin, für im Vertrag vorgesehene Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Falls für meinen Vertrag im Einzelfall weitere Einschränkungen (etwa eine Bindung an meinen Hauptbehandler oder keine gleichzeitige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung) bestehen, werde ich hierüber durch meine Krankenkasse aufgeklärt.

Falls meine Krankenkasse sich nicht die Ausstellung einer personalisierten Teilnahmebestätigung vorbehalten hat, führt die Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung im Regelfall dazu, dass ich bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen an der Versorgung mit Klassischer Homöopathie nach dem Vertrag teilnehme und entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen darf. In allen anderen Fällen muss ich den Erhalt der schriftlichen Teilnahmebestätigung von meiner Krankenkasse abwarten. Ggf. erhält in diesen Fällen auch mein gewählter Behandler eine schriftliche Information von meiner Krankenkasse, ob die Einschreibung erfolgreich vorgenommen werden konnte.

Diese Einschreibung gilt nur für die Behandlung durch den Arzt/die Ärztin, der/die dieses Formular mit seinem/ihrer Stempel bestätigt hat (Hauptbehandler). Beendet der Arzt/die Ärztin seine/ihre Tätigkeit in dieser Praxis, muss ich mich erneut einschreiben. Ich habe

mich/mich nicht **[Unzutreffendes bitte streichen]**

bereits bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin für einen Selektivvertrag der Managementgesellschaft des DZVhÄ eingeschrieben. Ggf. Name/Anschrift des/der anderen Arztes/Ärztin:

Im Rahmen dieser Versorgung wird der Zugang zur adäquaten Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie für die Versicherten meiner Krankenkasse geregelt. Die Versorgung beinhaltet u.a. folgende Leistungen: Homöopathische Erstanamnese, Repertorisation (Ermittlung geeigneter Mittel für die homöopathische Medikation), Homöopathische Analyse, Homöopathische Folgeanamnese sowie Homöopathische Beratung.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Homöopathie eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung ist, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen und dass die Anwendung einer homöopathischen Therapie grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen

indiziert ist, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Mir ist ferner bekannt, dass die Behandlung mit Klassischer Homöopathie aus spezifisch-ärztlich homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde besteht.

Mir ist bekannt, dass eine homöopathische Behandlungssitzung viel Zeit in Anspruch nimmt und daher in der Regel nur auf Terminvereinbarung stattfindet. Ich werde mich bemühen, im Falle einer durch mich zu vertretenden Verhinderung einen Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bin ab der Unterzeichnung meiner Teilnahmeerklärung für ein Jahr an diese Versorgung gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht spätestens vier Wochen vor Ablauf des ersten oder jedes weiteren Jahres meine Teilnahme kündige.

Ich kann meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z. B. ein Wohnortwechsel, eine Praxissschließung oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu meinem behandelnden Arzt) vorliegen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich an einer von meiner Krankenkasse angebotenen hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchte und dies nicht parallel zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie möglich sein sollte.

Mit der Teilnahme an diesem Vertrag ist eine anderweitige Inanspruchnahme homöopathischer Leistungen zu Lasten meiner Krankenkasse ausgeschlossen. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen hat meine Krankenkasse mir gegenüber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die anderweitige Inanspruchnahme.

**Ihr Recht auf Widerruf:** Die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z. B. Brief oder Fax) oder zur Niederschrift widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse genügt zur Fristwahrung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung“ können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis  
(bitte in Blockschrift oder gut lesbarer Stempel)

Betriebsstätten-Nr.

LANR

# Einwilligungserklärung

## I. Information zur Datenverarbeitung

Ihre Daten werden im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie wie folgt verarbeitet:

### 1. Vertragsdaten

Ihr behandelnder Arzt nimmt Ihre auf Seite 1 dieser Teilnahmeerklärung eingetragenen Vertragsdaten auf. Er leitet Ihre Teilnahmeerklärung an Ihre Krankenkasse weiter, sofern Ihre Krankenkasse nicht vorgesehen hat, dass Sie selbst die unterschriebene Teilnahmeerklärung der Krankenkasse vorlegen. Die Krankenkasse speichert Ihre Vertragsdaten zur Dokumentation der Teilnahme an dem Vertrag zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie und überprüft, ob Sie bei ihr versichert sind. Ggf. informiert Ihre Krankenkasse den von Ihnen gewählten Arzt, ob die Einschreibung abschließend erfolgreich vollzogen werden konnte.

Im Falle der Kündigung Ihrer Teilnahme am Vertrag gegenüber der Krankenkasse übermittelt diese Ihre Kündigungserklärung an Ihren behandelnden Arzt. Soweit Sie beim behandelnden Arzt kündigen, übermittelt dieser Ihre Kündigungserklärung an Ihre Krankenkasse.

Die Vertragsdaten zur Teilnahme sowie gegebenenfalls zur Beendigung Ihrer Teilnahme am Vertrag übermittelt die Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle (PVS pria GmbH, Remscheider Str.16, 45481 Mülheim a.d. Ruhr).

Zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung Ihres Arztes können Ihre Teilnahme- und eine eventuelle Kündigungserklärung durch Ihren Arzt einer Kommission aus Vertretern Ihrer Krankenkasse, der DZVhÄ Managementgesellschaft und betroffenen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge zur Versorgung mit Klassischer Homöopathie vorgelegt werden.

### 2. Abrechnungsdaten und Behandlungsunterlagen Erstellung der Abrechnung

Die erbrachten Leistungen Ihres Arztes und der von Ihnen konsultierten stationären Einrichtungen werden gemäß § 295a SGB V, § 80 SGB X gegenüber Ihrer Krankenkasse im Auftrag der DZVhÄ Managementgesellschaft durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (PVS pria GmbH) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt Ihr behandelnder Arzt Ihre erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) an die PVS pria GmbH. Die PVS pria GmbH wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Ihre Daten unterliegen der gesetzlich vorgesehen Speicherdauer und werden anschließend – spätestens nach 10 Jahren – gelöscht.

Alle Mitarbeiter der PVS pria GmbH sowie meiner Krankenkasse unterliegen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wie auch des Sozial- und Datengeheimnisses.

### 3. Patientenakte

Die mit Ihrem Einverständnis von Ihrem behandelnden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu Ihrer Behandlung hinzugezogenen Ärzte können mit Ihrem jeweiligen Einverständnis pro Behandlungsfall Behandlungsdaten im erforderlichen Umfang aus der Behandlungsdokumentation Ihres behandelnden Arztes abrufen und nutzen.

### 4. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).

## II. Einverständniserklärung

**Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im oben unter „I. Information zur Datenverarbeitung“ beschriebenen Umfang und zu den dort beschriebenen Zwecken verarbeitet werden. Ich entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Folge des Widerrufs dieser Erlaubnis zur Datenverarbeitung ist auch die Beendigung der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag. Ich habe das Recht, jederzeit bei den beteiligten Leistungserbringern Auskunft über die bei ihnen vorhandenen mich betreffenden Daten sowie die in der gemeinsamen Dokumentation vorhandenen Daten über meine Person zu erhalten und diese bei ihnen einzusehen. Dies schließt die persönlichen Aufzeichnungen des behandelnden Arztes nicht ein.**

Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter

Neben der Managementgesellschaft des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte beantwortet Ihnen auch Ihre Krankenkasse Fragen rund um die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Alle Kontaktinformationen finden Sie im Internet unter [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) unter „Vertragsteilnehmer/Krankenkassen“ oder können telefonisch unter 030 - 325 973 420 erfragt werden.