

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

Anlage 1a – Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Versicherter)

Zur Weiterleitung an die
Bosch BKK in Eisenach
Fax: 03691 8810-59

Vertrag: 12093400134

Einschreibung beim Facharzt Psychotherapeut

I. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen fachärztlichen Versorgung in Thüringen

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über diesen Vertrag informiert und mir die Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Inhalte des Vertrages, meine Vorteile, die Versorgungsziele, die Beendigungsgründe und -fristen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen benannt werden. Die ausführliche Patienteninformation ist Bestandteil dieser Erklärung. Mit ihren Inhalten bin ich einverstanden.
- ich an diese besondere fachärztliche Versorgung mindestens 12 Monate gebunden bin.
- ich bereit bin mitzuwirken und mich aktiv an der Behandlung beteiligen werde.
- ich bei Änderungen meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der besonderen fachärztlichen Versorgung freiwillig ist.
- meine Teilnahme mit Datum meiner Unterschrift beginnt.
- ich meine Teilnahme frühestens mit einer Frist von 1 Monat zum Ende des Teilnahmejahres ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen kann.
- ich bei Verstößen gegen meine Mitwirkungspflicht an der weiteren Teilnahme an der besonderen fachärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden kann.
- ein Arztwechsel die Bindungsfrist (12 Monate) nicht verlängert.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht. Ich kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe ohne Angaben von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK, Kruppstr. 19, 70469 Stuttgart innerhalb der zwei Wochen. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs an der Teilnahme belehrt.

II. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ja, ich habe die Patienteninformation erhalten, wurde darin über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme informiert und bin damit einverstanden. Ich bin auch darüber informiert worden, dass ich mit meiner Unterschrift die Einwilligung zur Erfassung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation benötigt werden bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Ja, ich möchte an der besonderen fachärztlichen Versorgung der Bosch BKK in Thüringen teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. **Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen fachärztlichen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.** Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Für die Behandlung meiner Erkrankungen kann ich jedoch weiterhin die Leistungen der Krankenversicherung beanspruchen

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Unterschrift und Stempel des teilnehmenden
 Facharztes/Psychotherapeuten

III. Einwilligung zur Kontaktaufnahme und Versichertenbefragung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Bosch BKK oder ein Dritter mich für wissenschaftliche Studien- und Versichertenbefragungen im Rahmen dieses Vertrages kontaktieren dürfen. Die Bestimmungen des Datenschutzes müssen dabei eingehalten werden. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf kann nicht gegen mich verwendet werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers