Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherte

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

Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten
Für die besondere Versorgung von Schwangeren durch die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Vertrag § 140a SGB V **„Hallo Baby"**

(aufklärender Arzt)

Für den Arzt: postalische Übersendung
BKK Landesverband Bayern
Programm *„Hallo Baby"*
Züricher Str. 25
81476 München

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig ist und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme an dem Vertrag „Hallo Baby" kann nur bei einem teilnehmenden Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen. Mein Recht auf freie Arztwahl bleibt auch während der Teilnahme innerhalb der teilnehmen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten.

Ich verpflichte mich für die Dauer meiner Teilnahme - bis zum Ende der Schwangerschaft – alle zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen Untersuchungen wahrzunehmen.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Meine Erklärung zur Teilnahme am Vertrag kann ich innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die Krankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die Krankenkasse auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Meine Teilnahme endet:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Krankenkasse,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit Zugang einer außerordentlichen Kündigung,
- mit dem Datum, zudem die Krankenkasse meine Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Vertrag,
- mit Ende der Teilnahme des betreuenden Frauenarztes.

Einverständniserklärung

Ich bin über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über meine Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünsche eine Teilnahme.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Ich erkläre, dass ich bei der angegebenen Krankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile und bei Änderung des Versichertenverhältnisses meinen behandelnden Arzt informiere.

Neueinschreibung ☐ Wechsel der Krankenkasse: ☐ zum: ..... Krankenkasse:.....

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Datum **Unterschrift Versicherte**