

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

Anlage 3
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung
- gilt nicht für Hospizpatienten! -

Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und ich damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird.
- ich mich in die o. a. Vereinbarung einschreibe und ich wünsche, nach dieser speziellen Versorgung ambulant im häuslichen/selbst gewählten Umfeld betreut zu werden.
- ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehme und ich meine Teilnahme an dieser Versorgung bei meiner Krankenkasse jederzeit kündigen kann.

Ja, ich möchte entsprechend den Inhalten der o. a. Vereinbarung an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die zuständige Krankenkasse. Bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag werden von der Krankenkasse getragen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung: Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen der Versorgung nach der Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten, zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.

Ja, ich bin mit der in der „Information zum Datenschutz“ beschriebenen Verarbeitung meiner medizinischen und persönlichen Daten zur Umsetzung meiner Teilnahme an dieser Vereinbarung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei der

widerrufen kann und damit gleichzeitig auch die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet.

Ich stimme einer anonymen Auswertung meines Behandlungsverlaufes und Weitergabe der Auswertung gem. 67a Abs. 3 SGB X zu. Die medizinischen Leistungserbringer werden insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden. Ein Widerruf der Datenauswertung-/weitergabe ist jederzeit möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen:

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten oder seines Betreuers
oder eines in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen

Bestätigung durch den Haus-/Facharzt: Die für die Teilnahme relevanten Diagnosen sowie die Begründung der ambulanten Palliativversorgung ergeben sich aus dem Stammdatenblatt nach Anlage 3a (**bitte beifügen**).

Bitte das heutige Datum eintragen:

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 der Vereinbarung liegen vor. **ICD-10:** _____

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

ja nein als Teilversorgung als Vollversorgung

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____

Patienteninformation zum Datenschutz

1. Was beinhaltet die Vereinbarung über die Versorgung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld?

Mit dieser Vereinbarung setzen die Vertragspartner die gesetzlichen Regelungen des § 37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V um. Die dadurch geschaffenen Leistungsstrukturen beinhalten neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37b SGB V auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung. Die Vereinbarung besteht mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und den folgenden Krankenkassen:

- **AOK NORDWEST**
- **BARMER**
- **BKK-Landesverband NORDWEST (handelnd für die teilnehmenden BKKn)**
- **DAK-Gesundheit**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **IKK classic (handelnd als Landesverband)**
- **Kaufmännische Krankenkasse KKH**
- **Knappschaft**
- **SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**

Die Vertragspartner verfolgen das Ziel, eine kooperative, integrative palliativmedizinische Versorgung für die teilnehmenden Versicherten anzubieten und damit die Behandlungs- und Lebensqualität zu verbessern. Die ambulante medizinische Versorgung schwer erkrankter Patienten wird im häuslichen/selbst gewählten Umfeld durch eine enge Kooperation und Abstimmung von teilnehmenden Haus- und Fachärzten sowie den Palliativmedizinischen Konsiliar-diensten (PKD) mit palliativmedizinisch weitergebildeten Ärzten und Pflegekräften umfassend gesichert.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine **Teilnahme an dieser besonderen palliativmedizinischen Versorgung** an. Hiermit möchten wir Ihnen dabei helfen, dass auftretende palliativmedizinisch zu versorgende Gesundheitsprobleme in der für Sie gewohnten Umgebung angemessen ambulant versorgt werden können und dass Ihnen sowie Ihren Angehörigen durch die besonderen palliativmedizinischen Versorgungsmaßnahmen die nach dem Krankheitsstadium bestmögliche Lebensqualität erhalten bleibt. Ihre Teilnahme an dieser **Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung** ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich (vgl. unten genannte Brief-Adressen), mündlich oder elektronisch (vgl. unten genannte Fax-/E-Mail-Angaben) widerrufen. Damit endet gleichzeitig Ihre Teilnahme an dieser besonderen palliativmedizinischen Versorgung. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorgenommene Datenverarbeitung erfolgte rechtmäßig; die erhobenen und gespeicherten Daten werden nach dem Widerruf und Ausscheiden aus dem Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Nachteile in der Regelversorgung entstehen Ihnen nicht.

2. Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der „Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten“ stimmen Sie zu, dass Daten von Ihrem Haus-/Facharzt an den PKD, dem sich Ihr Haus-/Facharzt zuordnet, sowie an die KVWL und Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

3. Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Haus-/Facharzt und/oder der PKD stellen Ihre medizinischen Daten ggf. Pflegediensten oder anderen im Rahmen dieser besonderen Versorgung zu beteiligenden Vertragsärzten oder zugelassenen Leistungserbringern zur Verfügung. Ihr Haus-/Facharzt und/oder der PKD stellt persönliche und medizinische Daten für die Teilnahme und für die Abrechnung seiner Leistungen zusammen und leitet diese an die KVWL sowie an ihre Krankenkasse weiter.

4. Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse verwendet die von Ihrem Haus-/Facharzt und/oder vom zuständigen PKD gelieferten Teilnahme- und Abrechnungsdaten aus dieser ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zur Teilnahmeverwaltung, Prüfung, Abrechnung sowie in anonymisierter Form statistisch zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebotes. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V zur Durchführung der **Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung** erhoben und verarbeitet.

Bei Fragen bzw. im Falle eines Widerrufs wenden Sie sich bitte an den nachfolgend genannten Ansprechpartner Ihrer Krankenkasse:

- AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unter datenschutz@nw.aok.de
- BKK-Landesverband NORDWEST stellvertretend für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen - Datenschutzbeauftragte/-r -, Süderstr. 24, 20097 Hamburg, Datenschutz@bkk-nordwest.de
- IKK classic - Datenschutzbeauftragte/r -, Tannenstr. 4b, 01099 Dresden, Datenschutz@ikk-classic.de
- SVLFG - Datenschutzbeauftragte/r -, Weißensteinstr. 70-72, 34131 Kassel
- Knappschaft, Kranken- und Pflegeversicherung, 45095 Essen
- Techniker Krankenkasse - Beauftragter für den Datenschutz, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg, datenschutz@tk.de
- BARMER - Datenschutzbeauftragter, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal, datenschutz@barmer.de
- DAK-Gesundheit, Beauftragter für Datenschutz, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg, datenschutz@dak.de
- KKH Kaufmännische Krankenkasse - Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, Datenschutz@kkh.de
- hkk, Datenschutzbeauftragter, Martinistr. 26, 28195 Bremen, datenschutzbeauftragter@hkk.de
- Hanseatische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Wandsbeker Zollstr. 86-90, 22041 Hamburg, datenschutz@hek.de

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter

- www.aok.de/nw/datenschutzrechte
- www.bkk-nordwest.de/datenschutz
- www.ikk-classic.de/oc/de/ikk-classic/ueber-uns/zahlen-fakten/datenschutzerklaerung/
- www.svlfg.de – unter der Rubrik Datenschutz
- www.tk.de - bitte geben sie zum Öffnen der Seite den Webcode 2019572 in das Suchfeld ein
- www.barmer.de/datenschutz
- www.dak.de/datenschutz
- www.kkh.de/versicherte/datenschutz
- www.hkk.de/datenschutz
- www.hek.de/datenschutz

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

Anlage 3a
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten
palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten
Patienten im häuslichen Umfeld

Stammdatenblatt

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

Stadium/ggf. Metastasierung:

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

Patient befindet sich zur Zeit im häuslichen Umfeld in einem Alten/Pflegeheim

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychosoz. Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<hr/>		
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes