



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr:	VK gültig bis	Datum
Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt Daten		

Anlage 6 T
Teilnahmeerklärung des
Versicherten

Bitte unverzüglich faxen an :

BARMER **FAX 0185 0080 1420**

Teilnahmeerklärung der Versicherten

zum Vertrag zur integrierten kardiologischen Versorgung gemäß § 140 a – d SGB V zwischen der BARMER, dem Hausärzteverbund und den Invasivkardiologen

Hiermit erkläre ich, dass

- mein behandelnder Arzt mir mitgeteilt hat, dass ich die Kriterien nach dem o. g. Vertrag erfülle.
- mein behandelnder Arzt mich umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenaufteilung der Ärzte, informiert hat.
- sämtliche Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung zwischen der BARMER und dem ambulanten Ärztenetz teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung und Versorgung bei Verdacht auf/gesicherte Koronare Herzkrankheit ausschließlich durch die am Herznetz beteiligten Ärzte vor. Eine entsprechende Liste dieser Ärzte kann bei der BARMER eingesehen werden.
- mir das Merkblatt ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde und mit der Behandlung durch die teilnehmenden Ärzte einverstanden bin.
- ich über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Integrierten Versorgung informiert wurde und jederzeit die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei der BARMER kündigen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Betreuung und Behandlung entstehen.
- ich, bei Inanspruchnahme der Leistungen im Rahmen des o. g. Vertrages einen Bonus auf Zuzahlungen nach dem Sozialgesetzbuch in Höhe von 50 % maximal jedoch 150 € je Kalenderjahr erhalte und Zuzahlungen, die außerhalb der Integrierten Versorgung vom Versicherten geleistet werden, von dieser Bonusregelung ausgenommen sind.
- mir bekannt ist, dass der Bonus in der Integrierten Versorgung nur auf Antrag gewährt wird. Dieser Antrag wurde mir durch den Leistungserbringer mit der Teilnahmeerklärung zusammen mit einem Informationsblatt ausgehändigt.
- mir bekannt ist, welche Mitwirkung an der Genesung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- mein behandelnder Arzt mich darüber informiert hat, dass ein Behandlungsvertrag allein mit dem jeweils tätigen Leistungserbringer geschlossen wird und ein gesellschaftlicher Zusammenschluss im Hinblick auf die Haftung aus dem jeweiligen Behandlungsverhältnis zwischen den an der Integrierten Versorgung Beteiligten nicht besteht

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Koronare Herzkrankheit teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten