

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	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**

**Teilnahmeerklärung  
des Versicherten**

**an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung  
(gilt nicht für Hospizpatienten)**

- Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird. Ja, ich möchte an dieser speziellen Versorgung teilnehmen und wünsche ambulant im häuslichen Umfeld versorgt zu werden.
  - Ich stimme der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler, Pflegekräfte des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes oder einbezogenen Pflegedienste sowie Krankenkassen ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser ambulanten palliativmedizinischen Versorgung entsprechend den für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jeweils gültigen gesetzlichen Regelungen zu.
- Ich bin mit der anonymen Auswertung meines Behandlungsverlaufes und Weitergabe der Auswertung gem. § 67 a Abs. 3 SGB X einverstanden. Ich kann der Datenauswertung und der Datenweitergabe jederzeit widersprechen. Die medizinischen Leistungserbringer werden insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend § 203 StGB entbunden. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

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

**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. Im Fall des Widerrufs der Teilnahmeerklärung trägt die zuständige Krankenkasse für bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag die entstandenen Kosten.

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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       als Teilversorgung       als Vollversorgung  
 nein

**Zuständiger PKD: PKD Kreis Steinfurt, Dres. med. Kamp, Bilecen**

**BSNR: 1978104000**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des QPA