

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

Anlage 3

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gem. § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte in Kopie an **PKD Paderborn**

Fax-Nr.: **05251-87 20 305** oder **05251-87 20 095**

Nach Bestätigung durch den QPA:

Original postalisch an die KVWL senden

1. Teilnahmeerklärung:

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass ich mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung beginnt;
- dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde;
- dass ich darüber informiert bin, dass meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Bindungsfrist beendet werden kann;
- dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Meine Teilnahmeerklärung wird vom einschreibenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragsteilnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an meine Krankenkasse weiter. Meine Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

T	T	M	M	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Ehepartners/Lebenspartners

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.

Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.

(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandte Anlage 3a)

T	T	M	M	J	J

Unterschrift

Vertragsarztstempel

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

Anlage 3a

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gem. § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Stammdatenblatt

Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an
PKD Paderborn

Fax-Nr.: **05251-87 20 305** oder **05251-87 20 095**

DIAGNOSE(N) bzw. Erkrankung(en), die den Status als Palliativpatient begründet/begründen: _____

Patient befindet sich ☐ im häuslichen Umfeld ☐ in einem Pflegeheim ☐ im Hospiz

TELEFONNUMMER des Patienten/des Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: _____

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	☐ Ja	☐ Nein
Spezielle Wundversorgung	☐ Ja	☐ Nein
Psychosoziale Unterstützung	☐ Ja	☐ Nein
Schrittmacher mit Defibrillator	☐ Ja	☐ Nein
Laufende Radio-/Chemotherapie	☐ Ja	☐ Nein
PEG, parenterale Ernährung	☐ Ja	☐ Nein
Sonstiges:	☐ Ja	☐ Nein
SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet	☐ Ja	☐ Nein
Begründung: _____		
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	☐ Ja	☐ Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	☐ Ja	☐ Nein

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der (direkten) Durchwahl: _____ ☐ Ja ☐ Nein
(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR 91503))

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. **ICD-10-GM:** _____

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

☐ Ja ☐ Nein
☐ als Teilversorgung ☐ als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

Zuständiger PKD: Paderborn

BSNR: 197810300

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des QPA