

Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bearbeitungshinweis für Praxen: Original in Patientenakte, Kopie an Krankenkasse; Kopie bitte Patienten aushändigen.
Eine aktuelle Liste der beteiligten Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des Dachverbands Anthroposophische Medizin in Deutschland unter www.damid.de

Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten Gültig ab 01.01.2012

zu dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V über die Versorgung mit Anthroposophischer Medizin zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD) und der BKK BVM sowie den diesem Vertrag beigetretenen Krankenkassen.

Patienteninformation:

Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten der beteiligten Krankenkassen der Zugang zu einer adäquater Beratung und Behandlung mit Anthroposophischer Medizin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie zu einer Versorgung mit nicht-ärztlichen Therapieverfahren ermöglicht. Sowohl die teilnehmenden Ärzte als auch die teilnehmenden nicht-ärztlichen Therapeuten verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Anthroposophischen Medizin.

Die Anthroposophische Medizin ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung, deren Grundelement die persönliche Arzt-Patienten-Begegnung ist, aus der das Vertrauen entstehen kann, um die verschiedenen Ebenen der menschlichen Existenz umfassend in einer individuellen Diagnose erfassen und in die Therapie einbeziehen zu können. Die Anwendung anthroposophischer Therapieverfahren (Heilmittel) ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell noch vorhandenen Selbstordnungs- bzw. Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifisch-ärztliche anthroposophische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie die Erbringung von spezifischen nicht-ärztlichen anthroposophischen Therapieverfahren auf ärztliche Anordnung hin von speziell ausgebildeten Therapeuten als Heilmittel. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Eine Beendigung ist jederzeit durch Kündigungserklärung gegenüber dem behandelnden Arzt möglich.

Hinweis zum Datenschutz:

Die erbrachten Leistungen Ihres Arztes/Ihres therapeutischen Leistungserbringers werden gemäß § 295a SGB V, § 80 SGB X gegenüber Ihrer Krankenkasse im Auftrag der DAMiD durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (PVS pria GmbH) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt Ihr behandelnder Arzt/Therapeut Ihre erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) an die PVS pria GmbH. Die PVS pria GmbH wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Alle Mitarbeiter der PVS pria GmbH unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis. Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im oben unter „Hinweis zum Datenschutz“ beschriebenen Umfang und zu den dort beschriebenen Zwecken verarbeitet werden und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte/Therapeuten und ihre berufsmäßigen Gehilfen von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Ja, ich will an dem Vertrag zur Durchführung „Integrierter Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V über die Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ meiner oben genannten Krankenkasse teilnehmen.

Mein anthroposophisch behandelnder Arzt/Ärztin ist

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten wurde mir ausgehändigt.

Datum

Unterschrift des Patienten

deutlicher Vertragsarztstempel

