

---

**Teilnahmeerklärung der/des Versicherten zur Integrierten Versorgung  
(Einschreibung) und Datenschutzhinweis**

Hiermit erkläre ich

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer/Krankenkasse

---

Gesetzlicher Vertreter für den Wirkungskreis Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen, soweit bestimmt (Name, Vorname, Straße, PLZ und Ort)

dass ich an der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff. des SGB V ab dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ teilnehme. Ich möchte die besonderen Versorgungsangebote und Leistungen der Integrierten Versorgung entsprechend der mir ausgehändigten Informationen nutzen.

Hiermit bitte ich die MG, die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei meiner Krankenkasse zu beantragen. Die Krankenkasse überprüft die Teilnahme und muss der Teilnahme an der Integrierten Versorgung zustimmen.

Mit der Einschreibung verpflichte ich mich ausschließlich die Leistungsinhalte dieses Vertrages durch die teilnehmenden Kooperationspartner der MG in Anspruch zu nehmen.

Ich verpflichte mich für die Dauer der Teilnahme an dieser Vereinbarung Leistungen der MG in Anspruch zu nehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei Vertragsverstößen, insbesondere Inanspruchnahme anderer als dieser genannten Leistungserbringer und Leistungsinhalte von der Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung ausgeschlossen werde.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung innerhalb von zwei Wochen schriftlich ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt oder der MG widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung.

---

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden Daten nur im gesetzlich erforderlichen Umfang erhoben, gespeichert und genutzt.

Ich stimme der Weitergabe der Daten an die Krankenkasse und an beteiligte Dritte zu. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung bzw. zur Durchführung dieser Integrierten Versorgung nach § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in pseudonymisierter Form verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf meine Person vorgenommen werden.

Ich wurde von der MG umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung und Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt. Alle Fragen zur Behandlung wurden von diesem behandelnden Arzt zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

ggf. gesetzlicher Betreuer