

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



**Teilnahme- und Einwilligungserklärung  
zur Datenverarbeitung zum Vertrag über eine besondere  
psychotherapeutische Versorgung  
von Patienten im ambulanten Bereich  
in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V**

+ TE-ID +

**Teilnahmeerklärung:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte.
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Patienteninformation über eine besondere psychotherapeutische Versorgung erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin.
- **dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.**

Mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme längstens bis zur letzten Behandlung im Rahmen der Therapie bindend ist.
- dass ich für den zu versorgenden Behandlungsfall bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden bin und nicht mehr am besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich nicht an die Bindung halte.
- dass ich aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann.
- dass mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse auch meine Teilnahme an diesem Vertrag endet.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:**

**Ich erkläre hiermit, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.**

**Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der Versorgung teilnehmen kann.**

	<TE-Code:>	
Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters	Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten	

Exemplar für den Patienten

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



**Teilnahme- und Einwilligungserklärung  
zur Datenverarbeitung zum Vertrag über eine besondere  
psychotherapeutische Versorgung  
von Patienten im ambulanten Bereich  
in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V**

+ TE-ID +

**Teilnahmeerklärung:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte.
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Patienteninformation über eine besondere psychotherapeutische Versorgung erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin.
- **dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.**

Mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme längstens bis zur letzten Behandlung im Rahmen der Therapie bindend ist.
- dass ich für den zu versorgenden Behandlungsfall bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden bin und nicht mehr am besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich nicht an die Bindung halte.
- dass ich aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann.
- dass mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse auch meine Teilnahme an diesem Vertrag endet.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:**

**Ich erkläre hiermit, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.**

**Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der Versorgung teilnehmen kann.**

	<TE-Code:>	
Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters		Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten

Exemplar für den Arzt / Psychotherapeuten