

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

Patiententeilnahmeerklärung

an der elektronischen Kommunikation/virtuellen Vernetzung zwischen Ärzten der Region Marl

- Virtuelle Vernetzung -



1. Den Haus- und Fachärzten innerhalb des Praxisnetzes MAN – Marler Arzt-Netz Berufsverband e.V. – sollen meine Behandlungsdaten vollständig und zeitnah mittels der Vernetzung ihrer Praxen zur Verfügung stehen, um ihre Kommunikation zu verbessern und meine Behandlung zu optimieren.

2. Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Ich erkläre mich mit einer Übermittlung meiner medizinischen Befunde, Gesundheits- und Bilddaten, Diagnosen, Laborwerte, Verordnungen usw. (im Weiteren Behandlungsdaten genannt) nur an solche Ärzte einverstanden, die Mitglied im Praxisnetz MAN sind und die mich ebenfalls behandeln.

Für die Datenübermittlung wird die Software ViViAN (Virtuelle Vernetzung im Arzt-Netz) von MicroNova eingesetzt.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Ärzte (vgl. Ziffer 2) hinsichtlich meiner Behandlungsdaten untereinander von ihrer Schweigepflicht zu folgenden Zwecken:

- a. Information zur Vorgeschichte und zur Weiterbehandlung oder Einholung einer Zweitmeinung
- b. Information zum Verlauf der Behandlung inklusive der Medikamente und Überlassung von Untersuchungsergebnissen (inkl. Bildmaterial)
- c. Vorbereitung und Organisation der Nachsorge

Eine Liste mit allen am ViViAN-Programm teilnehmenden Ärzten finde ich auf der Homepage des Praxisnetzes: www.marler-arztnetz.de/MAN/

5. Ich habe eine schriftliche Information zur Teilnahme an der elektronischen Kommunikation/virtuellen Vernetzung zwischen Ärzten des Praxisnetzes erhalten, verstanden und hatte ausreichende Gelegenheit, etwaige offene Fragen hierzu zu klären.

Belehrung über das Widerrufsrecht.

Sie können Ihre Teilnahme an der elektronischen Kommunikation zwischen ihren Ärzten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrem Arzt oder beim Praxisnetzbüro MAN, Bergstraße 116, 45770 Marl schriftlich, zur Niederschrift oder per Mail „info@marler-arztnetz.de“ ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

T	T	M	M	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Unterschrift

Stempel des Arztes

Patiententeilnahmeerklärung

an der elektronischen Kommunikation/virtuellen Vernetzung zwischen Ärzten der Region Marl

- Virtuelle Vernetzung -

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

Einverständniserklärung zur Nutzung der Daten für statistische Zwecke:

Um den neuen Prozess der Datenübermittlung analysieren und weitere Optimierungsmöglichkeiten ergreifen zu können, wird die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) eine Evaluation durchführen. Generell ist die KVWL u. a. für die Versorgung der gesetzlichen Versicherten und die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung zuständig.

Hiermit erkläre ich, dass ich einverstanden bin, dass meine persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Adresse) der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund für statistische Zwecke übermittelt, dort gespeichert und verarbeitet werden. Die KVWL analysiert in anonymer Form die Wirksamkeit der Datenübertragung mit ViViAN, um weiteres Verbesserungspotential zu erkennen und umzusetzen.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich gegenüber der KVWL (s.o.) widerrufen. Die Teilnahme an der elektronischen Datenübermittlung bleibt von dem Widerruf unberührt und ist weiter möglich.

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines Vertreters