

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

Bearbeitungshinweis für Praxen: Original in Patientenakte; Kopie bitte Patienten aushändigen.

Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten Gültig ab 01.04.2009

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 IKK Hamburg.

Patienteninformation:

Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten der IKK Hamburg 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:

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Erkrankung zusammenhängenden medizinischen Daten (z.B. Untersuchungsergebnisse/Diagnosen) sowie meine weiteren persönlichen Behandlungsdaten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum und erbrachte Leistungen, sofern sie zur Erfüllung der sich aus dem o.g. Vertrag ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Zu Abrechnungszwecken darf die IKK Hamburg bzw. eine Abrechnungsstelle die obengenannten Daten als Abrechnungsdaten von an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern erhalten. Diese Daten werden nach Abschluss der Behandlung bzw. Abrechnung unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht. Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt.

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

Ich habe mich/mich nicht (bitte Unzutreffendes streichen) bei einem/einer Arzt/Ärztin für einen IV-Vertrag (Anthroposophische Medizin) eingeschrieben. Ggfs. Name/Anschrift des/der anderen Arztes/Ärztin:

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

Datum

Unterschrift des Patienten

deutlicher Vertragsarztstempel