

Teilnahmeerklärung

zur Integrieren Versorgung von

- Zahnersatz
- Professionelle Zahnreinigung

Vor- und Nachname

geb. am:

_____ Krankenversicherungsnummer

Ich bin einverstanden,

- dass sämtliche Hauptleistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung ausschließlich durch die nachfolgend aufgeführten an der Kooperation zur Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht werden. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung / Versorgung ausschließlich durch die unten genannten Vertragseinrichtungen / Leistungserbringer vor.
- Teilnehmende Institutionen:
 - ▶ Zahnarztpraxis
 - ▶ IMEX Dental + Technik GmbH

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die Inhalte der Integrierten Versorgung informiert wurde. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist und bin der Behandlung in den teilnehmenden Einrichtungen einverstanden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Gewährleistungspflicht von 5 Jahren nur greift, wenn ich den Zahnersatz pfleglich behandle und mindestens einmal im Kalenderjahr die zahnärztliche Vorsorge in Anspruch nehme.

Hamburg, den

Unterschrift

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen der Integrierten Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Zahnärzten und Laboren verarbeitet und an die Krankenkasse unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass Daten zum Zweck wissenschaftlicher Forschung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet werden dürfen.

Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Dass jedoch dazu führt, dass eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Hamburg, den

Unterschrift