KV-Kartenübliches Versichertenfeld
Mit den Angaben
Gemäß § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 SGB V

Einwilligungs- und Datenfreigabeerklärung der Patientin / des Patienten

Ich wurde von _____
Name des niedergelassenen Arztes

_____
Anschrift des niedergelassenen Arztes

über die Inhalte des Integrierten Versorgungsvertrages open-MR aufgeklärt und informiert, dass die Diagnostik mit einer Kernspintomographie im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgen kann.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich als Patient an der Integrierten Versorgung open-MR teilnehme.

_____
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass meine Patientendaten im Rahmen dieser Versorgung allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie im jeweils erforderlichen Umfang weitergegeben und verarbeitet werden dürfen. Weiter stimme ich zu, dass meine Krankenkasse und der BKK-Landesverband NORD die notwendigen Abrechnungsdaten erhalten und diese anonymisiert an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zum Zwecke der Abrechnungsprüfung weitergeben dürfen.
Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt.

_____
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters