

## Einverständnis- /Teilnahmeerklärung (Versicherter)

### Meine Personalien:

ggf. Eindruck oder Aufkleber aus Praxissoftware	Name
	Vorname
	Adresse
	Geburtsdatum
	KV-Nr.
gesicherte Behandlungsdiagnosen (nach ICD 10)	
mein Hausarzt (Name und Anschrift)	

### Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der

### „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“.

### Die entsprechenden Informationen zum Betreuungskonzept habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass in diesem Betreuungskonzept über meine Behandlung durch Ärzte, Pflegepersonal und andere Leistungserbringer in dieser Versorgungsform Aufzeichnungen gemacht werden. Durch mein Vertrauensverhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal, etc. enthalten diese Aufzeichnungen Angaben, die meine Privatsphäre betreffen und somit einer gesetzlichen **Geheimhaltungspflicht** unterliegen.

Von mir in Patientenbefragungen in **Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (wie z. B.: Frau / Herrn Doktor, Krankenpflegekraft, etc.)** gemachte Angaben dürfen in dieser Versorgung dokumentiert und an die Leistungserbringer und meine Krankenkasse im jeweils erforderlichen Umfang ggf. für eine Projektauswertung / -analyse weitergeleitet und ausgewertet werden.

Ich erkläre ausdrücklich, dass meine Teilnahme an dieser „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ freiwillig ist.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung schriftlich widerrufen kann.

---

Datum / Unterschrift der / des Versicherten, ggf. gesetzlicher Vertreter oder Betreuer