Jetzt online bestellen

Jetzt online bestellen

Schnell sicher komfortabel

## Bestellschein Berlin

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

## Bitte hier unbedingt die BSNR angeben!

Betriebsstätten-Nr.	Datum
Absender	
Name/Ansprechpartner	
E-Mail*	

## Disease-Management-Programme (DMP) – **Vordrucke nur für teilnehmende Ärzte**

Krankenkasse bzw. Kostentråger  Name, Vorname des Versicherten	zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.  Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. D	Sinho
	070EH Krankenhaus-IK
☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Korona	re Herzkrankheit Asthma Brustkrebs Depression Rheumatoide oder oder Arthritis
Diabetes mellitus Typ 2 Herzin:	suffizienz COPD Rücken- Osteoporose
ı. Teilnahmeerklärung:	
führlichen schriftlichen Materialien zur Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Py reforderlich ist, Ich weiß, welche Mitwir beteiligen. Ich kann jederzeit öhne Anga Bei Nichtteilnahme oder Kündigung we Teilnahme an dem Programm (z. B. dur Karakenkasse eine Übersicht der am Pro Jernamme (z. B. dur Karakenkasse ine Übersicht der am Pro Jernamme (z. B. dur Jernamme (z. B. du	ber die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die aus- versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie- ogramm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung ung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiva nder Behandlung zu be von Gründen die Einlahme am Programm bei meiner Krankenlasse kündigen. die ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine meiner Feinlend Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner gramm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.  10 Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Daten- themien oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der erzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem nrt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser ührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus en Rechtsvorschriften gelöscht.
nehmen und bestätige dies mit meine zu 2.: Ja, ich habe die "Information zum weiß, dass ich detaillierte Informatione	*Unterschrift.  Datenschutz " (Fassung vom 25,05,2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und nzeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Kranknasse bekom- Nerarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am
Bitte das heutige Datum eintragen.	Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu v. und z.
Ich bestätige, dass für die vorgenannte sprechend den rechtlichen Anforderun wurden und erfüllt sind. Insbesondere	om behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen – Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) ent- gen geischert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mit- bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung
Bitte das heutige Datum eintragen.  TTMMJJJJJJ  Unters	thrift Stempel Ärztin/Arzt

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP 070)

Bestellmenge: (bitte ankreuzen)

- ☐ 25 Stück
- □ 50 Stück
- □ 100 Stück

<sup>\*</sup> Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Eingangsund Versandbestätigung Ihrer Bestellung.