

## Anlage 2: Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

<b>AOK Rheinland/Hamburg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung (des Patienten)

### Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie

#### I. Teilnahmeerklärung:

- Ich erkläre, dass ich an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie teilnehme.
- Ich bin ausführlich und umfassend über Inhalt der Vereinbarung und die Verpflichtungen durch meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin informiert worden.
- Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - meine Teilnahme freiwillig ist,
  - meine Teilnahme mit Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt,
  - meine Teilnahme auf ein Jahr befristet ist, aber im Einzelfall bei therapeutischer Notwendigkeit auf Vorschlag des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin verlängert werden kann,
  - ich die Teilnahme jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann
  - ich für die Dauer Teilnahme verpflichtet bin, die ambulante Therapie der Schizophrenie durch den Arzt/ die Ärztin, bei dem/ der die Teilnahmeerklärung abgegeben wurde, oder einer Vertretung durchführen zu lassen (gilt nicht bei urlaubsbedingter Abwesenheit, stationären Aufenthalt, Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes)
  - die erhobenen Daten für eine Auswertung (Evaluation) verwendet und an ein mit der Evaluation beauftragtes Institut in pseudonymisierter Form (d.h. ohne Personenbezug) weitergegeben und genutzt werden können.

#### II. Einwilligungserklärung:

- Ich erkläre mein Einverständnis, freiwillig an dem Projekt

„Gesundheitsökonomische Evaluation der Versorgungsvereinbarung zur Optimierung der Schizophreniebehandlung“

teilzunehmen.

- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Teilnahme an dem Projekt jederzeit beenden kann und mir keine Nachteile aus einer Nichtteilnahme entstehen.
- Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen durch meinen behandelnden Arzt / meine behandelnde Ärztin informiert worden.
- Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - bei wissenschaftlichen Evaluationen persönliche Daten und medizinische Befunde erhoben werden,
  - die Erhebung, Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser Daten streng nach gesetzlichen Bestimmungen erfolgt,
  - die AOK Rheinland/Hamburg - im Falle meiner Einwilligung - Abrechnungsdaten zu stationären Aufenthalten (wie Anzahl, Datum, Diagnosen, Kosten, Fachabteilung usw.), ambulanten Arztkontakten (wie Anzahl, Fachrichtung, Diagnose, Kosten usw.), Pflegebedarf (Pflegestufe, Pflegesachleistung, Pflegegeld usw.) und Arzneimittelverordnungsdaten (Kosten, Datum des Rezepts usw.) für zwei zurückliegende Jahre sowie für die Laufzeit des Projektes meine Person betreffend, pseudonymisiert (d.h. ohne Namen, Adressen oder andere personenbezogene Sozialdaten) an den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen zur Auswertung weitergibt.

**zu I.: Ja**, ich nehme gemäß den Ausführungen unter I. an teil und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**zu II.: Ja**, ich bin mit der unter II. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an im Rahmen von der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)