

Anlage 1 – Teilnahmeerklärungen Versicherter

1. Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung IVI (intravitreale Injektion)



99560

5821560-15 W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart (0315)

Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsnummer

99560

Ich möchte an dem besonderen Versorgungsangebot der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind dessen Leistungsinhalt, die Patienteninformation, Versicherteninformation und Datenschutzerklärung bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme sind mir bekannt. **Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zweck der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen. Meine Teilnahme ist freiwillig.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Datum

2. Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung CXL (korneales Crosslinking)



99570

5821570-15 W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart (0315)

Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsnummer

99570

Ich möchte an dem besonderen Versorgungsangebot der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind dessen Leistungsinhalt, die Patienteninformation, Versicherteninformation und Datenschutzerklärung bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme sind mir bekannt. **Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zweck der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen. Meine Teilnahme ist freiwillig.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Datum