

## Teilnahme und Einverständniserklärung

### Einschreibung zur Teilnahme am XY Netzwerk

Name:	Vorname:	Geboren am:
Anschrift:		
Krankenkasse:	Kassen-Nr.:	Vers. Nr.:

### Teilnahmeerklärung

Ich möchte die Vorteile des XY Netzwerkes nutzen und wünsche die Vermittlung, Beratung und Koordination meiner Behandlung und Versorgung durch die Netzwerkpartner.

#### Ich erkläre, dass

- ich über die Aufgabe und den Zweck des Netzwerkes und die Freiwilligkeit meiner Teilnahme umfassend aufgeklärt wurde. Mir wurden Informationsmaterialien über das Netzwerk, seine Arbeitsweise und die angeschlossenen Netzwerkpartner ausgehändigt
- mir bekannt ist, dass das Netzwerk für mich Koordinations- und Vermittlungsleistungen übernimmt und berechtigt ist, in meinem Namen Netzwerkpartner zu beauftragen
- mir bekannt ist, dass ich alle weiteren Verträge ausschließlich mit den mich behandelnden bzw. versorgenden Netzwerkpartnern schließe
- ich für die Dauer der Teilnahme verpflichtet bin, die Behandlung und Versorgung der \_\_\_\_\_ durch die Netzwerkpartner durchführen zu lassen (gilt nicht bei Urlaub, stationärem Aufenthalt etc.)
- meine Teilnahme zunächst auf ein Jahr befristet ist, aber im Einzelfall verlängert werden kann
- ich die Teilnahme jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann
- bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich das Lymphnetzwerk informiere, da ggf. die Teilnahme am Lymphnetzwerk nicht mehr möglich ist.

### Einwilligungserklärung

Ich wurde umfassend darüber informiert, dass für die Versorgung durch die Netzwerkpartner, gleich ob es sich um ärztliche oder nichtärztliche Leistungserbringer handelt, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten erforderlich ist.

#### Vor diesem Hintergrund erkläre ich mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden,

- dass die vorstehend beschriebenen Daten, soweit sie zu meiner Behandlung bzw. Versorgung erforderlich sind, elektronisch erhoben, verarbeitet und genutzt werden
- dass die Netzwerkpartner die vorgenannten Daten, Befundberichte und andere medizinische Unterlagen sowie Bilddokumentationen auf Anfrage an andere Netzwerkpartner übermitteln dürfen, soweit dies erforderlich ist
- dass meine Daten in pseudonymisierter Form für die Evaluation der Netzwerktätigkeit genutzt werden dürfen

Weiterhin entbinde ich die in meine Behandlung bzw. Versorgung involvierten Netzwerkpartner, gleich ob es sich um ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer handelt, von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen und nachteilige Folgen gegenüber dem Netzwerk schriftlich widerrufen. Mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung erlischt sogleich meine Teilnahmeerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten,  
gesetzlichen Vertreters, Vormunds

#### Bestätigung durch das Netzwerk

Ort, Datum

Name

Unterschrift