

Anlage 15

**Behandlungsvertrag, Patienteninformation, Entbindung von der Schweigepflicht und  
Einschränkung der freien Apotheken-/Sanitätshauswahl**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die „Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung“ (nachfolgend SAPV genannt) des **SAPV-Leistungserbringers**.

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung unter Einbindung meiner Haus- bzw. Fachärztin/meines Haus- bzw. Facharztes entsprechend durchgeführt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zu meiner Betreuung notwendigen Daten und Befunde auf einer externen Datenbank elektronisch gespeichert und dorthin übermittelt werden, wobei der Datenaustausch über eine verschlüsselte Verbindung stattfindet. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die (zur Verschwiegenheit verpflichteten) Beteiligten der SAPV-Leistungserbringer Informationen über meine Person via Telefax und E-Mail austauschen.

Datenschutzhinweis: damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Ihre Daten sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zu erheben.

Ich bin damit einverstanden

- dass meine Daten von den SAPV-Leistungserbringern im Rahmen des oben beschriebenen und mir erläuterten Versorgungskonzepts erhoben, verarbeitet und genutzt und an andere kooperierende Leistungserbringer weitergeleitet werden
- dass insoweit die an der Versorgung beteiligte Ärztin/beteiligter Arzt und deren Mitarbeiter/innen von der Schweigepflicht entbunden sind und
- dass meine freie Apothekenwahl insoweit eingeschränkt ist, dass die SAPV-Leistungserbringer im Rahmen der Krisenintervention ihren dafür vorgesehenen Kooperationspartner (Apotheke) mit der Lieferung von Arzneimitteln beauftragen dürfen. Dies gilt gleichermaßen für die Belieferung mit Hilfsmitteln durch Sanitätshäuser.

Der Behandlungsvertrag bedarf der Genehmigung durch die Krankenkasse, die von den SAPV-Leistungserbringern beantragt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient bzw. des Vertretungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers