

Antrag auf Kostenübernahme

Anfragebogen im Rahmen des Versorgungskonzeptes „LM+ Psyche ambulant“ der LM+ GmbH und der IVPNetworks GmbH

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Versorgungskonzeptes „LM+ Psyche ambulant“ möchte ich gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a. i. V. mit Vertragsanlage 2 des Versicherungsvertrages den oben genannten Patienten vorschlagen, der meiner Meinung nach zur Teilnahme geeignet wäre.

1. Daten der/s Versicherten:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon, Handy: _____

ggf. wann am besten erreichbar: _____

2. Anfragegrund

Bestehende oder drohende Arbeitsunfähigkeit

Akuter Bedarf an Versorgungsleistungen aus dem Vertrag

ICD-Codes: _____

Bemerkung: _____

Name und Unterschrift Arzt

Stempel Praxis/Einrichtung:

Patienteninformation sowie Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Anfrage zur Teilnahme an dem individuellen PKV-Versorgungsprogramm „LM+ Psyche ambulant“ von Ihrer PKV, der LM+ Leistungsmanagement GmbH und der IVPNetworks GmbH Patienteninformation zum Datenschutz

Sie erhalten heute eine Information über das PKV-Versorgungsprogramm zur ambulanten Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebensphasen. Die Teilnahme an diesem Programm ist vollkommen freiwillig. Sie werden in dieses Programm nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Teilnahme sowie Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung erklären. Sofern Sie nicht an dem PKV-Versorgungsprogramm teilnehmen oder das Programm vorzeitig beenden möchten, entstehen Ihnen daraus keinerlei Nachteile.

Die Betreuung erfolgt in Zusammenarbeit mit der IVPNetworks GmbH, einem bundesweit aktiven Anbieter von ambulanten Versorgungslösungen für Menschen mit psychischen Belastungen sowie der LM+ Leistungsmanagement GmbH, einem Gemeinschaftsunternehmen von privaten Krankenversicherungen, deren Ziel es ist, den Service für die versicherten Kunden zu verbessern und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Das PKV-Versorgungsprogramm wird von Ihrer PKV unterstützt sowie von der LM+ Leistungsmanagement GmbH koordiniert.

Welche Ziele verfolgt das PKV-Versorgungsprogramm?

Ziel des Programms ist es, die ambulante Versorgungsqualität durch einen Zugang zu umfangreichen ambulanten Leistungsangeboten zu optimieren, lange Wartezeiten für den Beginn einer bedarfsgerechten ambulanten Therapie zu vermeiden und dabei für Sie den administrativen Aufwand (Terminvereinbarungen, Abrechnungen usw.) zu verringern.

Wie läuft das PKV-Versorgungsprogramm ab?

Im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung wurde Ihre Diagnose festgestellt und gesichert. Die für Sie geeigneten Behandlungsmöglichkeiten wurden Ihnen aufgezeigt. Vorliegend erhalten Sie nun Informationen über das PKV-Versorgungsprogramm sowie die Verwendung und den Schutz Ihrer Daten.

Die Untersuchung ergab, dass das PKV-Versorgungsprogramm grundsätzlich für Sie geeignet wäre. Im nächsten Schritt ist es nun erforderlich, die tarifrechtlichen Voraussetzungen im Zusammenhang mit einer Teilnahme zu klären. Hierzu ist eine Anfrage bei Ihrer PKV notwendig. Die Anfrage erfolgt schriftlich mit diesem Dokument durch Ihren Arzt und in Zusammenarbeit mit der IVPNetworks GmbH. Die Anfrage ist jedoch nur mit Ihrem Einverständnis möglich. Bitte unterschreiben Sie hierzu die beigefügte Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Sie willigen damit noch nicht in Ihre Teilnahme an dem PKV-Versorgungsprogramm ein. Dies erfolgt gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt über ein separates Formular und nach der Kostenzusage Ihrer PKV.

Ihre Vorteile bei einer Teilnahme an dem PKV-Versorgungsprogramm im Überblick:

- Zugang zu bedarfsgerechten und umfangreichen Leistungsangeboten
- Vermeidung von Wartezeiten und unnötigen Behandlungspausen
- Abstimmung und zentrale Koordination Ihrer Behandlung
- Ausführliche Information über das Krankheitsbild
- Erlernen von Strategien zum Umgang mit der Erkrankung und somit Hilfe zur Verbesserung der Lebensqualität.

Patienteninformation zur datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz und zum Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten

Welche Stellen sind für den Datenschutz verantwortlich oder an der Datenverarbeitung beteiligt?

- Ihre PKV ist die verantwortliche Stelle für die Prüfung und Einleitung der Schritte für die Aufnahme in das PKV-Versorgungsprogramm.
- Die LM+ Leistungsmanagement GmbH, Engelbertstr. 43a, 45139 Essen, ist im Rahmen des PKV-Versorgungsprogramms die verantwortliche Stelle für die Koordination, die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des PKV-Versorgungsprogramms.
- Die IVPNetworks GmbH („IVPNetworks“), Lübecker Str. 126, 22087 Hamburg, ist die verantwortliche Stelle für alle Angelegenheiten der Planung und Durchführung Ihrer Behandlung. Sie ist Ihr vorrangiger Ansprechpartner für die Aufstellung des Behandlungsplans bei Einschreibung in das Programm sowie die Betreuung Ihrer Behandlung.

Ihre Rechte

Sie können Ihre gesetzlichen Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung bzw. Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten jeweils bei den oben genannten verantwortlichen Stellen geltend machen. Sofern Sie sich dazu nicht direkt an eine zuständige Stelle wenden sollten, wird Ihr Anliegen dennoch an die zuständige Stelle weitergeleitet.

Einen Widerruf Ihrer Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Anfrage einer Teilnahme an dem PKV-Versorgungsprogramm können Sie jederzeit bei den oben genannten Kontaktdaten gegenüber Ihrer PKV oder der IVPNetworks GmbH erklären. Diese werden sich untereinander darüber informieren. Ihr Widerruf führt zur Beendigung der Anfrage Ihrer Teilnahme an dem PKV-Versorgungsprogramm.

Ihre Private Krankenversicherung

Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung

Diese Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung regelt den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, und die Entbindung von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht im Rahmen der Anfrage zur Teilnahme am individuellen PKV-Versorgungsprogramm „LM+ Psyche ambulant“, welches in der mit dieser Erklärung verbundenen Patienteninformation zum Ablauf und zum Datenschutz beschrieben ist.

Diese Einwilligung und Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht gilt gegenüber den beim PKV-Versorgungsprogramm tätigen Stellen; im Einzelnen sind dies

- meine PKV **(a)**,
- die IVPNetworks GmbH und den dort angeschlossenen Ärzten, Psychotherapeuten etc.**(b)**

Zum Zwecke der Abklärung einer möglichen Teilnahme am Versorgungsprogramm werden insbesondere Stammdaten (Geschlecht, Name, Adresse, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, gesetzlicher Vertreter und Versicherungsnummer) sowie Daten über meine Diagnose, die geplanten Behandlungen bei einer Teilnahme an dem Versorgungsprogramm und Informationen über den Stand der Erkrankung erhoben, verarbeitet und genutzt.

Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch die oben genannten Stellen (a) bis (b) erfolgt insbesondere für die nachfolgend beschriebenen Schritte (1) zur Klärung einer Teilnahme am PKV-Versorgungsprogramm, (2) zur effektiven Koordinierung und Planung der Behandlung sowie (3) zur Klärung der Kostenübernahme.

Diese Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung erfolgt freiwillig.

Ich kann der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner PKV oder IVPNetworks GmbH widersprechen. Eine Teilnahme am PKV-Versorgungsprogramm ist bei einem Widerspruch dann nicht mehr möglich. Im Falle meines Widerspruchs wird die Datenverarbeitung entsprechend dieser Einwilligungserklärung beendet. Aus der Beendigung entstehen mir keine Nachteile hinsichtlich meiner Weiterbehandlung im Rahmen der Leistungserbringung aus meinem Versicherungsvertrag.

Hiermit willige ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorgenannten personenbezogenen Daten für die vorgenannten Zwecke ein und entbinde die im Rahmen des PKV-Versorgungsprogramms tätig werdenden, gesetzlich (insbesondere nach § 203 StGB) zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen bei allen oben unter (a) bis (b) genannten Beteiligten im selben Umfang von ihrer Verschwiegenheitspflicht.

Bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung sowie die hiermit verbundene Patienteninformation und die Erläuterungen zum Widerspruchsrecht, die Sie mit Ihrer Unterschrift zu einem wichtigen Bestandteil der Anfrage zur Teilnahme am PKV-Versorgungsprogramm machen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Versicherten oder gesetzliche Vertreter