

TEILNAHME- und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz in OÖ

Nachname, Vorname der Patientin/des Patienten

Versicherungsnummer

Versicherungsträger

Anschrift (Straße / PLZ / Ort)

Ich erkläre mich bereit, aktiv am Programm „Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz in OÖ“ teilzunehmen. Ich werde das Herzinsuffizienz-Tagebuch gewissenhaft ausfüllen.

- Ich bin einverstanden im Zuge des Programms Mitteilungen zum Thema Herzinsuffizienz von der Sozialversicherung zu erhalten.
- Ich bin einverstanden, dass die Pensionsversicherungsanstalt meine Einstufung nach Bundespflegegeldgesetz (falls vorhanden) für die Evaluierung dieses Projektes zur Verfügung stellt.
- Ich stimme zu, dass die vom betreuenden Arzt im Dokumentationsbogen erhobenen Daten an die OÖGKK weiter geleitet werden und diese die Daten dem Institut für Gesundheitsplanung pseudonymisiert zum Zweck der Evaluierung des Programms weiter gibt.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen und scheidet mit dem Widerruf automatisch aus dem strukturierten Versorgungsprogramm aus.

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

vom Arzt auszufüllen:

0 Ersteinschreibung

0 Arztwechsel

Ort, Datum der Einschreibung

Unterschrift der/des koordinierenden Ärztin/Arztes

Name, Vertragspartnernummer

Ordinationsstempel:

----- DVR-Nr. 0023981

H

e

r

Z

i

n

s

u

f

f

i

Z

i

e

n

Z