

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Anlage 8

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg  
 Fax: 07141 9790-113

**Teilnahmeerklärung:**

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des oben genannten Versorgungsvertrages. Der Vertrag wurde mir ausführlich und verständlich erläutert. Meine Teilnahme ist freiwillig und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der mhplus ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Behandlung entstehen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die mhplus. Zu den Leistungserbringern dieses Versorgungsvertrages gehören:

- mhplus
- kooperierende Hausärzte
- kooperierende Ärzte mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- kooperierende Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie

Mir ist bekannt, dass ich für die Dauer der Behandlung im Rahmen dieses Versorgungsangebots an diesen Vertrag gebunden bin. Ich verpflichte mich, für den Zeitraum der Teilnahme, nur die vorgenannten Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.

**Einverständniserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Merkblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

**Vom einschreibenden Arzt auszufüllen:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel