

# Teilnahmeerklärung und Datenschutzeinwilligung

nur gültig mit der Anlage „Informationen zur Teilnahmeerklärung  
und zum Datenschutz“

Friedrich-Wilhelm-Straße 33  
37269 Eschwege

E-Mail: [Info@gesunder-wmk.de](mailto:Info@gesunder-wmk.de)

Fax: 05651 952192 9

Tel: 05651 952192-0

Krankenkasse (Pflichtangabe)

Name, Vorname und Adresse des Versicherten (Pflichtangabe)

Versichertennummer (Gesundheitskarte vorne mittig) (Pflichtangabe)

Geburtsdatum (Pflichtangabe)

Haupt-  
versicherter

Familien-  
versicherter

Telefonnummer Festnetz – bspw. zur Kontaktaufnahme (freiwillig)

Telefonnummer Mobil – bspw. zur Kontaktaufnahme (freiwillig)

E-Mail-Adresse – bspw. für unseren Newsletter (freiwillig)

Ich möchte regelmäßig den **Newsletter** von GWMK per E-Mail erhalten.  
Am Ende einer E-Mail kann ich den Newsletter jederzeit abbestellen.

Sorgeberechtigte/r; Betreuer/in; Bevollmächtigte/r (Pflichtangabe bei Minderjährigen)

## Teilnahmeerklärung und Datenschutz

### Hiermit erkläre ich, dass

- › ich über die Inhalte und die kostenlose Teilnahmemöglichkeit an der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ informiert wurde und das Dokument „**Informationen zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz**“ zur Kenntnis genommen habe;
- › ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „**Information zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz**“ zur Kenntnis genommen habe. Sofern ich diese Erlaubnis nicht erteile, kann ich an der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ nicht teilnehmen
- › ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ hingewiesen wurde.

### Mir ist bekannt, dass

- › spezielle medizinische Leistungen der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ gem. § 140a SGB V, also Leistungen außerhalb der Regelversorgung, nur durch die teilnehmenden Leistungspartner erbracht werden.

### Ich wurde darüber informiert, dass

- › ich die Teilnahme an der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ jederzeit innerhalb von 4 Wochen zum Quartalsende ordentlich kündigen kann.
- › ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vor.

Meine Teilnahme ist freiwillig und mir ist bekannt, dass meine Teilnahme mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt und auf unbestimmte Zeit läuft. Die Teilnahmeerklärung kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse oder der Geschäftsstelle der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Meine Teilnahme endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Ende des besonderen Versorgungsvertrags zwischen meiner Krankenkasse und der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. Ich werde hiervon unverzüglich unterrichtet.

Ich erkläre meinen Beitritt ab

Mein Hausarzt bzw. mein Arzt meines Vertrauens ist \_\_\_\_\_  Ich habe derzeit keinen Hausarzt

**Ja**, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ kostenlos teilnehmen, ich bin mit der beschriebenen Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/Betreuers/Bevollmächtigten

OPTIONAL: Einschreibender Netzwerkpartner (z. B. Stempel)