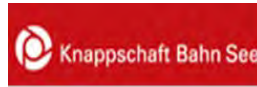


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



### Anlage 3: Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein und der Knappschaft

#### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der vom Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zur Teilnahme am Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Knappschaft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Knappschaft. Der Widerruf ist zu richten an: Knappschaft, Knappschaftstr. 1, Dezernat VIII.3.1, 44799 Bochum. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**

Die Teilnahme des Versicherten endet ein Jahr nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, diese endet auch:

- a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
- b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
- c) mit Ende der Bindungsfrist von einem Jahr
- d) mit Überschreiten der im Vertrag unter § 2 Absatz 1 genannten Altersgrenze
- e) mit dem Ende der Mitgliedschaft/des Versicherungsverhältnisses bei der Knappschaft,
- f) bei Beendigung des Vertrages.

- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

#### 2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Befundbogen über die Untersuchung meines/unseres Kindes durch die Augenarztpraxis im Rahmen der Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen an meinen/unseren Kinder- und Jugendmediziner übermittelt wird.

ja

nein

Die Befunddaten Ihres Kindes werden von Ihrem Augenarzt unter Einhaltung seiner ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

**Information für den einschreibenden Arzt:**

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung innerhalb einer Woche per Fax oder Post an:

Faxnummer:  
0234 304 – 87388

Anschrift:  
Knappschaft  
Dezernat VIII.3.1  
Knappschaftstraße. 1  
44799 Bochum