

+9595+

Versorgungslandschaften

Vertrags-Nr. 0 1 4

IV-Beleg
Stand April 2015

Rheuma 014

IV-Beleg		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich möchte an der Integrierten Versorgung (IV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Patienteninformation zur Integrierten Versorgung und zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Umfang zu.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Arztstempel

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:

VSA GmbH

AV-Arztabrechnung

Tomannweg 6, 81673 München

+9595+