

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für die Versicherten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2) zwischen der KNAPPSCHAFT, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der bvkj.Service GmbH**

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

## 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 zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2).
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - 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 der Bindungsfrist von einem Jahr.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- 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 Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

## 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, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### Information für den einschreibenden Knappschaftsarzt / die einschreibende Knappschaftsärztin:

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

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte**  
**Knappschaftstr. 1**  
**44799 Bochum**

**Fax: 0234 304 – 19395**