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

Teilnahmeerklärung TeleDerm

Die Inhalte von TeleDerm im Rahmen des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg und die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Mir wurde die schriftliche Patienteninformation zu TeleDerm ausgehändigt. Für meine Fragen stehen mir meine Hausarztpraxis und die AOK Baden-Württemberg zur Verfügung.

Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme **freiwillig** ist,
- ich nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen gegenüber meinem Hausarzt **jederzeit widerrufen** kann,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Patienteninformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich an TeleDerm nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch in die Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingewilligt habe.

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme an TeleDerm mit Wirkung zum heutigen Tag.

_____

Ort, Datum Unterschrift Patient/Patientin

_____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel des aufklärenden Arztes

Sollten Sie Fragen zu TeleDerm haben,
wenden Sie sich bitte an:

AOK Baden-Württemberg Hauptverwaltung
Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement
„TeleDerm“
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
telederm@bw.aok.de