

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



Anlage 2

Ich erkläre, am Überleitungsmanagement in Fällen stationärer Aufenthalte sowie einer intensivierte poststationäre Betreuung durch Haus- und/oder Fachärzte teilnehmen zu wollen. Über deren Inhalt und Teilnahmebedingungen hat mich ein Mitarbeiter des Krankenhauses informiert. Ich stimme der Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung zu. Diese Erklärung kann ich mit sofortiger Wirkung gegenüber jedem Mitarbeiter des Krankenhauses oder der Bosch BKK widerrufen. Eine Form ist hierfür nicht vorgeschrieben.

·
x

x

Patienten-Unterschrift

Unterschrift /Stempel Krankenhaus