

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

Apotheken-IK der betreuenden Apotheke

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Teilnahme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

V51C

Versand innerhalb von 10 Arbeitstagen – nach Komplett-ausfüllung – an:

AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



Diese Felder sind von der betreuenden Arztpraxis auszufüllen.

Name, Vorname des Versicherten	Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

<input type="checkbox"/> Ersteinschreibung	
<input type="checkbox"/> Arztwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Arzt <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Arzt <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN
<input type="checkbox"/> Apothekenwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Apotheke <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN

I. Teilnahmeerklärung

Ich nehme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen teil und wähle den unterzeichnenden Arzt als meinen behandelnden und betreuenden Arzt sowie die unterzeichnende Apotheke als meine betreuende Apotheke. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, die Bedingungen, die mit der Teilnahme verbundenen Rechte und Pflichten am Modellprojekt ARMIN informiert. **Ich habe die schriftliche Patientenbroschüre erhalten und kenne sie.** Mir sind die in der Satzung der AOK PLUS enthaltenen sowie in den umseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patientenbroschüre und dem Versorgungsvertrag zu ARMIN näher beschriebenen Regeln bekannt. Ich akzeptiere diese und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

II. Einwilligungserklärung für die Nutzung meiner personenbezogenen Daten

Ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Optimierung der Arzneimittelversorgung aufgeklärt. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellprojekt ARMIN einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

III. Einwilligungserklärung zur Datenfreigabe für den behandelnden Arzt und die betreuende Apotheke

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass mein betreuender Arzt und mein betreuender Apotheker die Ärzte, die mir Arzneimittel verordnen, namentlich sehen können. Über den Sinn und Zweck dieser Maßnahme wurde ich aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die Optimierung der Arzneimittelversorgung erfüllt sind.

Stempel und Unterschrift Arzt

Stempel und Unterschrift Apotheke

Bitte das heutige Datum eintragen

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

T	T	M	M	J	J	J	J

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

Diese Felder sind von der betreuenden Arztpraxis auszufüllen.

Apotheken-IK der betreuenden Apotheke

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Teilnahme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

V51C

Versand innerhalb von 10 Arbeitstagen – nach Komplett-ausfüllung – an:

AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



Name, Vorname des Versicherten	Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

<input type="checkbox"/> Ersteinschreibung	
<input type="checkbox"/> Arztwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Arzt <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Arzt <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN
<input type="checkbox"/> Apothekenwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Apotheke <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN

I. Teilnahmeerklärung

Ich nehme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen teil und wähle den unterzeichnenden Arzt als meinen behandelnden und betreuenden Arzt sowie die unterzeichnende Apotheke als meine betreuende Apotheke. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, die Bedingungen, die mit der Teilnahme verbundenen Rechte und Pflichten am Modellprojekt ARMIN informiert. **Ich habe die schriftliche Patientenbroschüre erhalten und kenne sie.** Mir sind die in der Satzung der AOK PLUS enthaltenen sowie in den umseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patientenbroschüre und dem Versorgungsvertrag zu ARMIN näher beschriebenen Regeln bekannt. Ich akzeptiere diese und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

II. Einwilligungserklärung für die Nutzung meiner personenbezogenen Daten

Ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Optimierung der Arzneimittelversorgung aufgeklärt. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellprojekt ARMIN einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

III. Einwilligungserklärung zur Datenfreigabe für den behandelnden Arzt und die betreuende Apotheke

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass mein betreuender Arzt und mein betreuender Apotheker die Ärzte, die mir Arzneimittel verordnen, namentlich sehen können. Über den Sinn und Zweck dieser Maßnahme wurde ich aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die Optimierung der Arzneimittelversorgung erfüllt sind.

Stempel und Unterschrift Arzt

Stempel und Unterschrift Apotheke

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

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

Diese Felder sind von der betreuenden Arztpraxis auszufüllen.

Apotheken-IK der betreuenden Apotheke

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Teilnahme am Modellprojekt ARMIN -
Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

V51C

**Versand innerhalb von 10 Arbeitstagen – nach Komplett-
ausfüllung – an:**

AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



Name, Vorname des Versicherten	Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

<input type="checkbox"/> Ersteinschreibung	
<input type="checkbox"/> Arztwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Arzt <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Arzt <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN
<input type="checkbox"/> Apothekenwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Apotheke <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN

I. Teilnahmeerklärung
 Ich nehme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen teil und wähle den unterzeichnenden Arzt als meinen behandelnden und betreuenden Arzt sowie die unterzeichnende Apotheke als meine betreuende Apotheke. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, die Bedingungen, die mit der Teilnahme verbundenen Rechte und Pflichten am Modellprojekt ARMIN informiert. **Ich habe die schriftliche Patientenbroschüre erhalten und kenne sie.** Mir sind die in der Satzung der AOK PLUS enthaltenen sowie in den umseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patientenbroschüre und dem Versorgungsvertrag zu ARMIN näher beschriebenen Regeln bekannt. Ich akzeptiere diese und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

II. Einwilligungserklärung für die Nutzung meiner personenbezogenen Daten
 Ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Optimierung der Arzneimittelversorgung aufgeklärt. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellprojekt ARMIN einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

III. Einwilligungserklärung zur Datenfreigabe für den behandelnden Arzt und die betreuende Apotheke
 Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass mein betreuender Arzt und mein betreuender Apotheker die Ärzte, die mir Arzneimittel verordnen, namentlich sehen können. Über den Sinn und Zweck dieser Maßnahme wurde ich aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table>		T		T		M		M		J		J		J		J	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>
T																	
T																	
M																	
M																	
J																	
J																	
J																	
J																	

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die Optimierung der Arzneimittelversorgung erfüllt sind.

Stempel und Unterschrift Arzt <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> Bitte das heutige Datum eintragen <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table>		T		T		M		M		J		J		J		J	Stempel und Unterschrift Apotheke <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> Bitte das heutige Datum eintragen <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">T</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">J</td></tr> </table>		T		T		M		M		J		J		J		J
T																																	
T																																	
M																																	
M																																	
J																																	
J																																	
J																																	
J																																	
T																																	
T																																	
M																																	
M																																	
J																																	
J																																	
J																																	
J																																	

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

Diese Felder sind von der betreuenden Arztpraxis auszufüllen.

Apotheken-IK der betreuenden Apotheke

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Teilnahme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

V51C

Versand innerhalb von 10 Arbeitstagen – nach Komplett-ausfüllung – an:

AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



Name, Vorname des Versicherten	Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Ersteinschreibung	
<input type="checkbox"/> Arztwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Arzt <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Arzt <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN
<input type="checkbox"/> Apothekenwechsel wegen	<input type="checkbox"/> Umzug Versicherter/Apotheke <input type="checkbox"/> Beendigung Teilnahme Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiger Grund gemäß § 7 Modellvertrag ARMIN

I. Teilnahmeerklärung

Ich nehme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen teil und wähle den unterzeichnenden Arzt als meinen behandelnden und betreuenden Arzt sowie die unterzeichnende Apotheke als meine betreuende Apotheke. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, die Bedingungen, die mit der Teilnahme verbundenen Rechte und Pflichten am Modellprojekt ARMIN informiert. **Ich habe die schriftliche Patientenbroschüre erhalten und kenne sie.** Mir sind die in der Satzung der AOK PLUS enthaltenen sowie in den umseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patientenbroschüre und dem Versorgungsvertrag zu ARMIN näher beschriebenen Regeln bekannt. Ich akzeptiere diese und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

II. Einwilligungserklärung für die Nutzung meiner personenbezogenen Daten

Ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Optimierung der Arzneimittelversorgung aufgeklärt. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellprojekt ARMIN einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

III. Einwilligungserklärung zur Datenfreigabe für den behandelnden Arzt und die betreuende Apotheke

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass mein betreuender Arzt und mein betreuender Apotheker die Ärzte, die mir Arzneimittel verordnen, namentlich sehen können. Über den Sinn und Zweck dieser Maßnahme wurde ich aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die Optimierung der Arzneimittelversorgung erfüllt sind.

Stempel und Unterschrift Arzt

Stempel und Unterschrift Apotheke

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Vorbemerkung - Alle Informationen dieser Seite sind in der Patientenbroschüre erläutert und in größerer Schriftgröße abgedruckt.

Erläuterung zur Teilnahmeerklärung (TE) - Ich erfülle die Teilnahmebedingungen des Modellprojektes zur Optimierung der Arzneimitteltherapie nach § 63 SGB V der AOK PLUS. Diese sind:

1. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.
2. Ich bin nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht.
3. Ich habe chronische Erkrankungen, die grundsätzlich gleichzeitig mit mindestens 5 Arzneistoffen dauerhaft (Zeitraum von voraussichtlich mind. 6 Monaten) systemisch behandelt werden.
4. Ich habe einen an diesem Modellprojekt teilnehmenden Arzt der hausärztlichen Versorgung (Hausarzt) oder einen Facharzt und eine am Modellprojekt teilnehmende Apotheke zur Betreuung ausgewählt und ich akzeptiere durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Rechte und Pflichten des Vertrages.

Die medizinisch-fachliche Verantwortung für die Behandlung obliegt dem behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der gewählten Apotheke. Arzt und Apotheke erbringen ihre Leistungen gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und der fachlichen Sorgfaltspflichten. Meine bestimmungsgemäße Mitwirkung und die Einhaltung der folgenden Pflichten sind hierbei für die fehlerfreie und erfolgreiche Durchführung des Modellprojektes besonders wichtig! Die Versorgung bestimmt sich nach den jeweils aktuellen Bestimmungen des Vertrages und der Vertrag kann von den Vertragspartnern geändert werden.

Aus meiner Teilnahmeerklärung (TE) am Modellprojekt ergeben sich für mich die folgenden Rechte und Pflichten:

Mit meiner umseitig abgegebenen Unterschrift verpflichte ich mich, für den Zeitraum meiner Teilnahme am Modellprojekt:

1. das Modellprojekt aktiv zu unterstützen und dem gewählten Arzt und der gewählten Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Änderungen und Ergänzungen meiner Medikation, einschließlich selbst gekaufter Arzneimittel,
2. für die Inanspruchnahme der Leistungen des Medikationsmanagements in Stufe 3 den betreuenden Arzt aufzusuchen.
3. die Versorgung mit Arzneimitteln in der gewählten Apotheke, mit Ausnahme von Notfällen und Abwesenheiten vom Wohnsitz von mehr als 3 Tagen, vorzunehmen und die Leistungen des Medikationsmanagements in dieser Apotheke in Anspruch zu nehmen.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass

1. meine Teilnahme an diesem Modellprojekt **freiwillig ist und** durch die **gemeinsame** Unterzeichnung der TE/EWE durch den Versicherten, den gewählten Arzt und die gewählte Apotheke beantragt wird ⇒ siehe auch Patientenbroschüre.
2. ich im Rahmen dieses Modellprojektes **nur einen betreuenden Arzt** (in der Regel der hausärztlichen Versorgung) und **nur eine betreuende Apotheke** wählen kann.
3. meine Teilnahme an diesem Modellprojekt ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn gekündigt werden (Bindungsfrist) und danach eine Kündigung jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich ist.
4. ein Arzt- und/oder Apotheken-Wechsel durch mich möglich ist ⇒ siehe auch Patientenbroschüre.
5. meine Teilnahme an diesem Modellprojekt endet
 - a. durch Kündigung nach Maßgaben des Vertrages und der Satzung,
 - b. wenn der gewählte Arzt und/oder die gewählte Apotheke nicht mehr an der Optimierung der Arzneimitteltherapie teilnimmt und ich keinen anderen teilnehmenden Arzt und/oder keine andere teilnehmende Apotheke wähle,
 - c. wenn ich zu einem Arzt und/oder einer Apotheke, der/die nicht an der Optimierung der Arzneimitteltherapie teilnimmt, wechsle
 - d. bei dauerhafter Nichtinanspruchnahme des gewählten Arztes oder der gewählten Apotheke oder
 - e. das Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS endet.
6. ich vor dem Aufsuchen einer stationären Einrichtung - mit Ausnahme von Notfällen - grundsätzlich den gewählten Arzt kontaktieren soll, um den Medikationsplan von ihm zu erhalten und diesem dem Krankenhaus zum Zeitpunkt der Aufnahme in einer vollständigen und aktuellen Fassung vorlegen zu können.
7. ich die fachärztliche Versorgung ausschließlich auf Überweisung des betreuenden Arztes in Anspruch nehmen soll.
8. meine Teilnahme am Modellprojekt bei wiederholter Nichtbeachtung der Bedingungen durch die AOK PLUS durch Ausschluss aus dem Modellprojekt beendet werden kann und ich innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut am Modellprojekt teilnehmen kann.
9. die im Zusammenhang mit der Teilnahme am Modellprojekt erhobenen Daten für eine Erfolgskontrolle bzw. wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation) verwendet werden und ohne Personenbezug einer wissenschaftlichen Auswertungsstelle (z. B. Universität) zur Verfügung gestellt werden.

Widerrufsrecht

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

Erläuterungen zur Einwilligungserklärung (EWE) - Ich bin damit einverstanden, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten Arzt oder die gewählte Apotheke an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. die TE/EWE sechs Jahre nach meinem Teilnahmeende am Modell durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten Arzt und der jeweils gewählten Apotheke in einem Verzeichnis zusammenführt.
4. die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung von der AOK PLUS die allgemeinen, personenbezogenen Daten erhält ⇒ siehe Patientenbroschüre.
5. meine Daten und Patientenunterlagen bei einem Wechsel meines bisherigen Arztes an den neu gewählten Arzt übersendet werden.
6. die AOK PLUS meinem betreuenden Arzt und meiner betreuenden Apotheke ab Beginn meiner Teilnahme den Zugriff auf die Daten der letzten 6 Monate zu meinen verordneten und gegenüber der AOK PLUS abgerechneten Arzneimitteln ermöglicht.
7. mein gewählter Arzt und meine gewählte Apotheke meine Arzneimittelverordnungsdaten und die für die Arzneimitteltherapiesicherheit relevanten klinischen Informationen zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben und auf Basis eines IT-gestützten Medikationsplanes speichern und diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen dürfen.
8. meine gewählte Apotheke meinem gewählten Arzt den Zugriff auf meine personenbezogenen Arzneimittelverordnungsdaten - inklusive Selbstmedikation - ermöglicht.
9. mein gewählter Arzt meiner betreuenden Apotheke den Zugriff auf die für die Betreuung erforderlichen Daten und Befunde ermöglicht bzw. diese Daten und Befunde an den mich mitbehandelnden Ärzten übermitteln darf.
10. die AOK PLUS mich über Änderungen und Ergänzungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie sowie über weitere Service- und Leistungsangebote der AOK PLUS im Zusammenhang mit der Teilnahme, insbesondere dem Medikationsmanagement, informiert und berät, auch telefonisch oder per E-Mail.

Widerruf der Einwilligungserklärung (EWE):

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung (EWE) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Modellprojekt ARMIN - Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen verbunden ist. Mir ist bekannt, dass mit Beendigung meiner Teilnahme am Modellprojekt ARMIN die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen und gespeicherten Daten gespeichert bleiben, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen bzw. Aufgaben benötigt werden. Wenn ich darauf bestehe, dass alle bis zum Ende meiner Teilnahme an ARMIN erhobenen und gespeicherten Daten gelöscht werden sollen, so muss ich die Löschung direkt bei der AOK PLUS schriftlich beantragen. Mir ist bekannt, dass mit der Beendigung meiner Teilnahme der Zugriff des betreuenden Arztes und der betreuenden Apotheke auf meinen IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert wird, so dass dieser nicht mehr für sie einsehbar ist.