



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Bearbeitungshinweis für das Formular:**

- Original in Patientenakte
- Kopie bitte Patienten aushändigen
- Krankenkasse erhält keine Kopie, außer auf Nachfrage

Eine aktuelle Liste der am Deutsche BKK-Vertrag beteiligten Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des DZVhÄ: [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de)

**Gültig ab 1.4.2006**

## Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten / IV-Vertrag Homöopathie

zu dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140 a SGB V über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie zwischen dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V. (DZVhÄ), dem Deutschen Apothekerverband e. V. und der Deutschen BKK sowie Krankenkassen, die sich jetzt und in Zukunft an diesem Vertrag beteiligen („der IV-Vertrag“). Den IV-Vertrag sowie eine aktuelle Liste der am Vertrag beteiligten Krankenkassen finden Sie im Internet unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de), unter der Rubrik „Homöopathie für Kassenpatienten“.

**Patienteninformation:**

Durch den IV-Vertrag wird für die Versicherten der genannten Kassen der Zugang zu adäquater Beratung und Behandlung mit der klassischen Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Unterstützung durch Apotheken ermöglicht. Sowohl teilnehmende Ärzte als auch Apotheken verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie.

Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt des IV-Vertrages sind spezifisch-ärztlich homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von den genannten Kassen übernommen werden. Zudem erfolgt durch die Apotheken die Information und Beratung der Versicherten – soweit erforderlich – über die Besonderheiten der homöopathischen Behandlung und die Anwendung homöopathischer Arzneimittel, insbesondere über Art der Anwendung, Dosierung und Dauer der Anwendung.

Die genauen Einzelheiten des Leistungsumfanges ergeben sich aus dem im Internet unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) einzusehenden IV-Vertrag. Die Teilnahme an der vom IV-Vertrag umfassten Versorgung ist freiwillig. Die freie Arzt- und Apothekerwahl des Versicherten wird durch die Teilnahme nicht eingeschränkt. Die Teilnahme endet automatisch mit der Beendigung des IV-Vertrages. Eine Beendigung ist jederzeit durch schriftliche Kündigungserklärung gegenüber dem behandelnden Arzt möglich.

**Hinweis zum Datenschutz:**

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, sofern sie zur Erfüllung der sich aus dem o.g. Vertrag ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Meine Krankenkasse bzw. eine Abrechnungsstelle darf meine Abrechnungsdaten von an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern erhalten und zum Zwecke der Abrechnung sowie zu einer statistischen Auswertung in anonymisierter Form nutzen. Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung bzw. Abrechnung unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht. Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt.

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Ja, ich will an dem Vertrag zur Durchführung „Integrierter Versorgung nach § 140 a SGB V über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie“ meiner oben genannten Krankenkasse teilnehmen und erkläre meine Bereitschaft, mich nach den Regeln der klassischen Homöopathie beraten und behandeln zu lassen.**

Mein homöopathisch behandelnder Arzt/Ärztin ist \_\_\_\_\_

Ich habe mich/mich nicht (bitte Unzutreffendes streichen) bei einem/ einer anderen Arzt/Ärztin für einen IV-Vertrag „Homöopathie“ eingeschrieben. Ggf. Name/Anschrift des/der anderen Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten, die als Nachweis der Teilnahme dient, wurde mir ausgehändigt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ein Merkblatt „Patienteninformation“, aus dem sich der wesentliche Inhalt des IV-Vertrages ergibt, in der Praxis erhältlich ist.

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte in Blockschrift oder gut lesbarer Stempel)									
Vertragsarzt-/Praxis-Nr.									

Datum

Unterschrift des Patient(in)