

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse für den Hausmed OnlineCoach Aktiv mit Diabetes nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Vorname der Patientin/des Patienten	
Name der Patientin/des Patienten	
Versicherungsnummer	
Vorname des Arztes	
Name des Arztes	
Vertragsarztnummer (LANR)	

Die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient interessiert sich für den OnlineCoach Aktiv mit Diabetes und möchte daran teilnehmen.

Ich bestätige, dass sich die Patientin/der Patient aufgrund der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 bei mir in Behandlung befindet.

Ich bestätige, dass die Patientin/der Patient nicht schwanger ist, nicht an einer schwerwiegenden Psychose oder chronischen Niereninsuffizienz leidet, keinen Schlaganfall in der Vergangenheit erlitten hat und keine starken Einschränkungen in der körperlichen Beweglichkeit und Belastbarkeit aufzeigt.

Aus medizinischer Sicht spricht nichts dagegen, dass die Patientin/der Patient zur Behandlung begleitend den OnlineCoach Aktiv mit Diabetes nutzt. Die Nutzung wird empfohlen.

Ich habe die Patientin/den Patienten über die Wichtigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Behandlung bei Diabetes mellitus aufgeklärt.

Ort

Datum

X

Unterschrift Ärztin/Arzt und Vertragsarztstempel

(Die Kosten für die ärztliche Bescheinigung trägt die Patientin/der Patient, da es sich um eine freiwillige Teilnahme handelt. Über die maximale Höhe der Kosten dafür wurde die Patientin/der Patient aufgeklärt. Die mhplus beteiligt sich an den Kosten nicht.)

Teilnahmeerklärung zur Vorlage bei der Krankenkasse für den Hausmed OnlineCoach Aktiv mit Diabetes

Ich bestätige, dass

- + ich bereit bin, den OnlineCoach *Aktiv mit Diabetes* regelmäßig zu nutzen.
- + ich für die Nutzung des OnlineCoaches *Aktiv mit Diabetes* über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache und der EDV verfüge.
- + ich einen Internetzugang und einen Computer/Tablet/Smartphone besitze.
- + mir bekannt ist, dass die Informationen, die ich durch die Nutzung von OnlineCoaches *Aktiv mit Diabetes* erhalte, unverbindliche Empfehlungen und Auskünfte darstellen. Technische Fehler können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die mhplus haftet nicht für mögliche Verluste und Schäden, die durch die Programmnutzung entstehen.
- + mir bekannt ist, dass der OnlineCoach *Aktiv mit Diabetes* nicht zur Selbstdiagnose oder Selbstbehandlung herangezogen werden kann. Es ersetzt nicht den Besuch beim Arzt.

Vorname	
Name	
Straße/Hausnummer	
PLZ	
Ort	
Versicherungsnummer	
Telefonnummer (Angaben sind freiwillig)	
E-Mail	

Die Teilnahme ist für mich freiwillig. Ich kann sie innerhalb von zwei Wochen nach der Einverständniserklärung ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich bei der mhplus widerrufen. Nach erfolgreicher Teilnahme erhalte ich nach Einreichung aller erforderlichen Unterlagen eine Teilnahmebescheinigung.

X

Ort

Datum

Unterschrift Versicherte/r

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich bin einverstanden, dass

- + die in der Einverständniserklärung aufgenommenen Daten zur Durchführung des OnlineCoaches *Aktiv mit Diabetes* gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- + Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden nach dem beenden des Programms gelöscht, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erforderlich sind. Die Daten werden so gelöscht, dass sie nicht mehr wiederhergestellt werden können.

X

Ort

Datum

Unterschrift Versicherte/r