

**Einwilligungserklärung  
von volljährigen Versicherten (18 Jahre und älter) zur Teilnahme an der Integrierten  
Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen**

Ich bin bei dem unten angegebenen Arzt in einer Schwerpunktpraxis bzw. einem Krankenhaus wegen eines malignen Lymphoms in Behandlung.

Ich bin umfassend darüber aufgeklärt worden, dass meine Behandlung gemäß einem Behandlungsplan (Studienprotokoll einer Therapieoptimierungsstudie) durchgeführt werden soll, der in einer KML Studiengruppe für meine Erkrankung entwickelt wurde. Sollte eine Behandlung auf der Grundlage eines solchen Protokolls für mich nicht möglich sein, wird nach Beratung mit der Leitung einer auf meine Unterform des ML spezialisierten Studiengruppe ein individuelles Therapiekonzept ausgewählt.

Dabei wurde mir erklärt, dass bestimmte Krankenkassen, darunter auch meine Krankenkasse, erreichen möchte, dass Lymphom-Patienten möglichst weitgehend nach dem oben genannten Behandlungsplan versorgt werden, weil dies der wissenschaftlich aktuellste Therapiestandard ist. Diese Kassen haben daher diese Behandlung zum Gegenstand eines besonderen Versorgungsangebots „Integrierte Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom“ gemacht. Das Angebot soll sicherstellen, dass meine optimale Behandlung mit allen Leistungserbringern abgestimmt und umfangreich dokumentiert wird. Durch die standardisierte Dokumentation soll erreicht werden, dass der Behandlungsprozess transparent gemacht wird. Sie ermöglicht, dass ausgewählte Qualitätsparameter, die zeigen, dass die Behandlung dem Behandlungsplan entsprechend durchgeführt wurde, von der zentralen Geschäftsstelle des KML in einem jährlichen Qualitätsbericht erstellt und veröffentlicht werden.

Der Arzt hat mich auch darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist und ich nur daran teilnehme, wenn ich dieser Erklärung durch meine Unterschrift zustimme. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Dieses vorausgeschickt erkläre ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass

1. ich an der Integrierten Versorgung teilnehmen möchte und dies hiermit gegenüber meiner Krankenkasse schriftlich bestätige,
2. meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsnummer) für die Qualitätssicherung von den Studienzentralen der KML-Studiengruppen an die mit der Koordination beauftragte zentrale Geschäftsstelle des KML weitergegeben und für die Abrechnung der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen verwendet werden,
3. die Geschäftsstelle des KML die von mir unterschriebene Teilnahmeerklärung an der Integrierten Versorgung zusammen mit meinen persönlichen Daten an meine Krankenkasse sendet.

Alle Fragen zur Integrierten Versorgung wurden vom unten angegebenen Arzt zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe die Einwilligungserklärung gelesen und verstanden und hatte genügend Zeit für meine Entscheidung. Eine Kopie der Einwilligung zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Adressaufkleber (gemäß KVK)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Ausfüllen vom koordinierenden Arzt**

Bei oben genanntem Patienten wurde die Diagnose \_\_\_\_\_  
histologisch gesichert. Der Patient wird behandelt nach einem Studienprotokoll der Studiengruppe

\_\_\_\_\_  
**Name der Studiengruppe**

Bezeichnung des Studienprotokolls

Primärtherapie

\_\_\_\_\_

Rezidivtherapie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des koordinierenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum der Erstdiagnose

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes / der Klinik