

Sonderbeleg **Versicherten-Einschreibung**

**AOK Bayern**

**NAMSE**



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Vertragsnummer

**99215**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

**108310400**

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**261401052**

**261401052**

Ich möchte an dem besonderen Versorgungsangebot der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind dessen Leistungsinhalt, die Patienteninformation zur Teilnahme-Erklärung sowie die Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme sind mir bekannt. **Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen. Meine Teilnahme ist freiwillig.

X

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Datum