



Vertrags-Nr.:
121A12DA0146

**Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V
zur Verbesserung der ambulanten Versorgung mittels digitaler -
Anwendung: verbesserter Zugang zur ärztlichen Videosprechstunde**

Teilnahmeerklärung für die DAK Videosprechstunde

1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Ich habe mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert, die die DAK-Gesundheit gemeinsam mit ihrem Vertragspartner, der TeleClinic GmbH, anbietet. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.** Die Teilnahme kann jederzeit mit sofortiger Wirkung ohne Kündigungsfrist beendet werden. Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Einwilligung zur Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.