

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE MOBIL OIL



Fax: 05141 15-940313
Adresse: BKK MOBIL OIL, Frau
Tobiaschek, 29218 Celle

Frühzeitige Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes

Gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. führt die BKK MOBIL OIL ein besonderes Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes durch. Ein nicht behandelter Schwangerschaftsdiabetes geht mit dem Risiko einer deutlich erhöhten perinatalen Morbidität des Kindes einher. Durch ein Screeningverfahren zwischen der Schwangerschaftswoche 24 und 28 kann die Erkrankung frühzeitig entdeckt und die betroffene Patientin einer zielgerichteten Behandlung zugeführt werden. Alle teilnehmenden Versicherten werden nach der Feststellung der Schwangerschaft von ihrer Frauenärztin bzw. ihrem Frauenarzt über den Schwangerschaftsdiabetes und das Screeningverfahren informiert.

Teilnahmeerklärung der Versicherten

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und der BKK MOBIL OIL vereinbarten Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes. Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme freiwillig erfolgt und jederzeit für die Zukunft widerrufen werden kann. Erkläre ich meine Teilnahme nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ich kann jedoch nicht die Vorteile des vorgenannten Programms nutzen. Die für die Abrechnung notwendigen Daten dürfen von meiner Frauenärztin bzw. meinem Frauenarzt an die BKK MOBIL OIL übermittelt werden.

Datum/Unterschrift der Versicherten

Teilnahmeerklärung der Frauenärztin/des Frauenarztes

Name/Vorname/Titel

lebenslange Arztnummer (LANR)

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und der BKK MOBIL OIL vereinbarten Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik eines Gestationsdiabetes. Die aktuelle Vertragsfassung habe ich auf der Internetseite der BKK MOBIL OIL unter www.bkk-mobil-oil.de oder des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. unter www.bvf.de zur Kenntnis genommen. Mit der Teilnahmeerklärung gehe ich vertragliche Beziehungen zur BKK MOBIL OIL ein. Diese enden nach rechtswirksam erfolgter Abrechnung der Vergütungspauschale für die jeweils erbrachte Behandlung, darüber hinaus mit Kündigung des genannten Vertrages.

Ich habe bei meiner o. g. Patientin eine Schwangerschaft festgestellt und sie über die Thematik des Gestationsdiabetes informiert. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, zwischen der Schwangerschaftswoche 24 und 28 ein 75g-Glukose-Screening durchgeführt zu haben. Eine Überweisung in Höhe der nach § 6 des Vertrages zur Förderung der frühzeitigen Diagnostik des Gestationsdiabetes vereinbarten Pauschale bitte ich auf folgendes Konto vorzunehmen:

Bank/Sparkasse

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber/in (bitte nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Kontoinhaber/in sind)

Mitglied im Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Landesverband _____
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen und ausfüllen)

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes