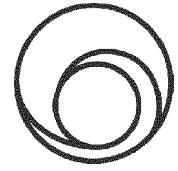


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Frühzeitige Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes

Gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. führt die BARMER GEK 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 BARMER GEK 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 BARMER GEK übermittelt werden.

Datum/Unterschrift der Versicherten

### Teilnahmeerklärung der Frauenärztin/des Frauenarztes

Name/Vorname/Titel

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und der BARMER GEK vereinbarten Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik eines Gestationsdiabetes. Die aktuelle Vertragsfassung habe ich auf der Internetseite der BARMER GEK unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) oder des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. unter [www.bvf.de](http://www.bvf.de) zur Kenntnis genommen. Mit der Teilnahmeerklärung gehe ich vertragliche Beziehungen zur BARMER GEK 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

Konto-Nr.

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

Mitglied im Berufsverband  
der Frauenärzte e.V.   
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Datum