



Teilnahme am Netzwerk Hauptstadt Urologie, eine Initiative der DNA-Med

Bitte beide Seiten an uns zurückschicken:

- per Fax an +49 (0)30 2067 1149
- abfotografiert bei Siilo an Hauptstadt Urologie
- via E-Mail: info@dna-med.de
- oder postalisch DNA-Med gGmbH, Mohrenstraße 34, 10117 Berlin

Damit Sie Patienten für das Netzwerk einladen und Informationen bekommen können, wenn eine neue Studie oder Behandlungsoption für einen Ihrer Patienten in Frage kommt, benötigen Sie ein Nutzerkonto bei der DNA-Med gGmbH. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Unsere aktuelle Datenschutzerklärung finden Sie unter: www.dna-med.de/datenschutz/

Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (wie z.B. e.-Mail und Name) für das **Anlegen eines Profils** verarbeitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (wie z.B. e.-Mail und Name) für die **Kontaktaufnahme** verarbeitet werden, um Informationen, wie z.B. Empfehlungen für Therapieoptionen zu schicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (wie z.B. Name, Kontaktdaten und Arztnummer) für die **Abrechnung** mit der Krankenkasse **im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach §140a SGB V** verarbeitet werden.
- Ich bin bereit, Patienten mit deren Krankenkasse die DNA-Med gGmbH einen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §140a SGB V abgeschlossen hat, über die Möglichkeit der Teilnahme zu informieren und bei Interesse die Teilnahmeerklärung des Patienten einzuholen.

Wenn Sie Interesse haben, bestellen Sie gern auch unseren **DNA-Med Newsletter**. In unserem regelmäßigen Newsletter erhalten Sie Hintergrundinformationen und Neuigkeiten rund um DNA-Med. Wir informieren über neue Erkenntnisse, Lösungen, Hindernisse und Erfolge in der Netzwerk- und Präzisionsmedizin.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (wie z.B. e.-Mail und Name) für den Erhalt unseres regelmäßigen **Newsletters** verarbeitet werden.

(Titel) Name, Vorname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift / Praxisstempel: _____

Ihre Praxisdaten

(1) Praxisname:

(2) Um welche Organisationsform (z.B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft) handelt es sich?

(3) (Titel) Name, Vorname des unterzeichnenden Arztes:

(4) Adresse:

Straße und Haus-Nr.

PLZ / Ort

(5) Telefonnummer (z.B. für Rückfragen):

(6) E-Mail-Adresse (Kontaktaufnahme bzgl. Patienten / ggf. Newsletter und für die Erstellung Ihres Benutzerprofils):

(7) Lebenslange Arztnummer (LANR):

(8) Betriebsstättennummer (BSNR):

Ort / Datum: _____

Unterschrift / Praxisstempel: _____