

## BV-Beleg

<b>BV-Beleg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich möchte an der Besonderen Versorgung (BV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Patienteninformation zur Besonderen Versorgung und zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Umfang zu.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Arztstempel

+9595+

TeleArzt

Vertrags-Nr. 0 2 8

**BV-Beleg**  
**Stand September 2016**

TeleArzt 028

+9595+

**Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:**  
**VSA GmbH**  
**AV-Arztabrechnung**  
**Tomannweg 6, 81673 München**