

Information der DMP-Datenstelle Bayern

„Optimales Erstellen von TE“

Guten Tag,

eine Teilnahmeerklärung (TE) ist die Grundlage für das erfolgreiche Einschreiben in ein Disease Management Programm (DMP) und für die Vergütung Ihrer DMP-Dokumentationen. Erst wenn eine TE vollständig und plausibel vorliegt, werden von Ihnen eingereichte Dokumentationen gültig und an die KVB mit Bitte zur Abrechnung weitergeleitet.

Eine optimale und schnelle maschinelle Verarbeitung kann nur sichergestellt werden, wenn Sie folgende Punkte beachten:

- ✓ Bitte verwenden Sie immer die **TE-Originalbögen** und bedrucken Sie diese direkt mit Ihrem Praxisdrucker. Achten Sie auf ein deutliches Druckbild.
- ✓ Achten Sie auf die **Vollständigkeit der Angaben** (BSNR, LANR, Kostenträgerkennung, Diagnose, Unterschriften jeweils mit Datumsangabe etc.) und darauf, dass alle Angaben **innerhalb der vorgegebenen Felder** aufgebracht werden.
- ✗ Handschriftliches Ausfüllen oder das Verwenden von Adressaufklebern führt bei uns zu erheblichen Verarbeitungsproblemen - ebenso das Verwenden selbst erstellter TE (z.B. mittels Praxisverwaltungssoftware).
- ✗ Diese TE müssen ggf. an Sie zurückgesendet und einem aufwendigen Korrekturprozess zugeführt werden.
- ✗ Dadurch verzögert sich ggf. die Vergütung von zwischenzeitlich eingereichten Dokumentationen um mindestens ein Quartal!

Fragen beantworten wir gerne.

Mit freundlichem Gruß

Ihre
Arbeitsgemeinschaft DMP-Datenstelle Bayern

Krankenkasse bzw. Kostenträger
GKV Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Max
Musterstr. 12
12345 Musterstadt

Kostenträgerkennung
101234567

Versicherten-Nr.
X123456789

Betriebsstätten-Nr.
123456789

Arzt-Nr.
123456789

Datum
01.10.2026

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

**Bedruckung
innerhalb der
vorgegebenen
Rahmen.**

**Vollständige Angaben zu
BSNR, LANR,
Kostenträgerkennung etc.**

- | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| ☐ Diabetes Typ 1 | ☒ KHK | ☒ Asthma | ☐ Adipositas Erw. | ☐ Brustkrebs | ☐ Depression |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | ☐ Osteoporose | ☐ Rückenschmerz |
| ☒ Diabetes Typ 2 | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ COPD | ☐ Adipositas Kinder
u. Jugendliche | ☐ Rheumatoide
Arthritis | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die an **Indikation(en) ankreuzen.** gegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über das DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen oder elektronischen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut behandelt. Ich bestätige meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung). Meine Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Versicherten.

**TE/EWE- Originalbögen erhalten
Sie von der Fa. Kohlhammer.
Faxvorlagen für die Anforderung
der Erklärungen sind im „DMP-
Starterpaket“ der KVB enthalten.**

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweisinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

0 1 1 0 2 0 2 6

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

Max Mustermann

**Unterschriften von
Arzt und Patient,
jeweils mit
Datumsangabe.**

– von der behandelnden Ärztin/

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte(n) die indikationsspezifischen Voraussetzungen entsprechend den rechtlichen Anforderungen erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient gesundheitsfördernd und wirkungsvoll an Schulungen teilnehmen kann und im Hinblick auf die vereinbarten Therapiemaßnahmen davon profitieren kann.

– von der Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte(n) die indikationsspezifischen Voraussetzungen entsprechend den rechtlichen Anforderungen erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient gesundheitsfördernd und wirkungsvoll an Schulungen teilnehmen kann und im Hinblick auf die vereinbarten Therapiemaßnahmen davon profitieren kann.

**Praxisstempel
aufbringen.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

0 1 1 0 2 0 2 6

Unterschrift

Dr. Peter Muster



Dr. med. Peter Muster
Facharzt für Allgemeinmedizin
Musterstr. 1
12345 Musterstadt
Tel. 0123 45678 – Fax 0123 45678
BSNR 123456789 LANR 123456789
info@musterarzt.de