



# Anmeldung zur Patientenbegleitung

In unserer Patientenbegleitung erhalten Sie umfassende Antworten und Hilfestellungen, wie Sie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen oder Ihre Gesundheitssituation besser meistern können. Und um Sie noch besser zu unterstützen, haben wir uns Verstärkung geholt: Die Sanvartis GmbH hilft, begleitet und berät Sie – kompetent, einfühlsam und verständlich.

## Wer ist Sanvartis?

Sanvartis ist unser medizinischer Partner, den wir damit beauftragt haben, unsere Kunden in allen Gesundheitsfragen zu betreuen. Medizinisch ausgebildete Mitarbeiter mit langjähriger und umfassender Kompetenz beraten Sie individuell. So erhalten Sie die ideale Unterstützung für Ihre persönlichen Gesundheitsziele.

**Gut zu wissen: Der Service von Sanvartis ist für Sie selbstverständlich kostenlos!**

**Sie möchten teilnehmen? Dann senden Sie uns bitte die Teilnahme- und die Einverständniserklärung ausgefüllt im beiliegenden Antwortumschlag portofrei zurück.**

## Warum muss eine Teilnahme- und Einverständniserklärung unterschrieben werden?

Für die Teilnahme an der Patientenbegleitung benötigt AXA Ihr Einverständnis in Form dieser Erklärung. Erst dann besteht die Möglichkeit, relevante Daten mit Sanvartis auszutauschen. Dieser Austausch ist Voraussetzung für eine optimale Betreuung. Beispielsweise können Sie so mit individuellen Maßnahmen unterstützt werden. Selbstverständlich werden diese Daten entsprechend den gültigen Datenschutzbestimmungen streng vertraulich behandelt.

### Bitte überprüfen und ergänzen Sie hier Ihre Kontaktdaten

Krankenversicherungs-Nummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Nummer	
PLZ/Ort	
Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail-Adresse	Interesse Coaching-App* (Ja/Nein)

\* Mit der Coaching-App können Sie überall schnell auf interessante Themen rund um Ihre Gesundheit zugreifen. Und Sie können ganz einfach mit Ihrem Coach kommunizieren. Weitere Informationen und Ihre persönlichen Zugangsdaten erhalten Sie zeitnah per E-Mail und im ersten Coaching-Gespräch.

### Beste Erreichbarkeit (kreuzen Sie gerne mehrere Termine an)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/> Besser vormittags	<input type="checkbox"/> Besser vormittags	<input type="checkbox"/> Besser vormittags	<input type="checkbox"/> Besser vormittags	<input type="checkbox"/> Besser vormittags
<input type="checkbox"/> Eher nachmittags	<input type="checkbox"/> Eher nachmittags	<input type="checkbox"/> Eher nachmittags	<input type="checkbox"/> Eher nachmittags	<input type="checkbox"/> Eher nachmittags
<input type="checkbox"/> Lieber abends bis 20 Uhr	<input type="checkbox"/> Lieber abends bis 20 Uhr	<input type="checkbox"/> Lieber abends bis 20 Uhr	<input type="checkbox"/> Lieber abends bis 20 Uhr	<input type="checkbox"/> Lieber abends bis 20 Uhr

Bitte wenden

## ▶ Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, an der Patientenbegleitung von AXA teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Patientenbegleitung freiwillig und kostenlos ist. Mein Einverständnis kann ich später jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln.

Mit meiner Teilnahme profitiere ich von den Vorteilen der Patientenbegleitung, die Teilnahme wirkt sich ansonsten nicht auf meinen Vertrag mit AXA aus.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass AXA die Sanvartis GmbH mit der Patientenbegleitung beauftragt hat. Die Adresse von Sanvartis lautet: Dr.-Alfred-Herrhausen-Allee 9, 47228 Duisburg.

Ich bin einverstanden, dass Sanvartis meine Daten erhebt und verarbeitet. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass AXA und Sanvartis meine Daten austauschen, damit das Patientenbegleitungsprogramm durchgeführt werden kann. Zu den Daten gehören zum Beispiel Blutdruckwerte, Gewicht, Größe. Die von Sanvartis erhobenen Daten darf AXA nur zur Qualitäts- und Erfolgskontrolle von Sanvartis verwenden.

Ich entbinde AXA von der Schweigepflicht, soweit zur Durchführung der Patientenbegleitung erforderliche Leistungs- und Gesundheitsdaten von AXA an Sanvartis übermittelt werden. Bei Ende der Betreuung wird Sanvartis meine Daten gemäß den gültigen Datenschutzbestimmungen löschen.

Datum, Unterschrift der versicherten Person / **aller** gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen



## ▶ Einbindung Ihres Haus- oder Facharztes

Wenn Sie möchten, informiert Sanvartis Ihren behandelnden Arzt über die Teilnahme am Patientenbegleitungsprogramm.

Hausarzt – bitte eintragen (optional)	Facharzt – bitte eintragen (optional)
Praxis, Name, Vorname	Praxis, Name, Vorname
Straße/Nummer	Straße/Nummer
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefonnummer	Telefonnummer
Faxnummer	Faxnummer

Ich bin damit einverstanden, dass Sanvartis meinen Haus- oder Facharzt über meine Teilnahme am Patientenbegleitungsprogramm informiert. Außerdem bin ich einverstanden, dass Sanvartis ihn regelmäßig über im Rahmen der Betreuung erhobene Parameter informiert. Damit wird eine optimale Betreuung und Behandlung sichergestellt. Mein Einverständnis kann ich später jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: Sanvartis, Dr.-Alfred-Herrhausen-Allee 9, 47228 Duisburg.

Datum, Unterschrift der versicherten Person / **aller** gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

