

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

Vertrag über die Durchführung einer  
Tonsillotomie zwischen der KVBB und der IKK

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung eines Sorgeberechtigten für den Versicherten

Erklärung eines Sorgeberechtigten zur Teilnahme des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre ich hiermit als Sorgeberechtigter die Teilnahme meines Kindes an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie.
- Der Arzt meines Kindes hat mich in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie informiert. Die Versicherteninformation habe ich erhalten.
- Nach der Operation wird mir ein Merkblatt mit postoperativen Verhaltensregeln zur Verfügung gestellt.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist. Sie beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung und endet mit vollständigem Abschluss der Behandlung im Rahmen des Vertrages, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- Sollte die zweite und/ oder dritte postoperative Nachbehandlung anstatt vom Operateur von einem nachbehandelnden HNO-Arzt durchgeführt werden, willige ich in die Übermittlung des Befundes ein.
- Mit der Übermittlung des Befundes an den Kinderarzt oder den Facharzt für Allgemeinmedizin bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Sorgeberechtigten

Information für den einschreibenden Arzt:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung per Fax an:

**IKK Brandenburg und Berlin**  
Vertragsmanagement  
Keithstraße 9-11  
10787 Berlin

Faxnummer: 030/21991-690