

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V49B

Ersteinschreibung

Wechsel des OSTEologen

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Bedingungen der Teilnahme am Versorgungsvertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass die in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. diesem Versorgungsvertrag geregelten besonderen Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Satzung enthaltenen sowie in den Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patienteninformation und dem Versorgungsvertrag zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen („OsteoporosePLUS Sachsen“) näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung nach § 73c SGB V am Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ nach § 73c SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel OSTEologe

--

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V49B

Ersteinschreibung

Wechsel des OSTEologen

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Bedingungen der Teilnahme am Versorgungsvertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass die in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. diesem Versorgungsvertrag geregelten besonderen Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Satzung enthaltenen sowie in den Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patienteninformation und dem Versorgungsvertrag zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen („OsteoporosePLUS Sachsen“) näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung nach § 73c SGB V am Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ nach § 73c SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel OSTEologe

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V49B

Ersteinschreibung

Wechsel des OSTEologen

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Bedingungen der Teilnahme am Versorgungsvertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass die in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. diesem Versorgungsvertrag geregelten besonderen Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Satzung enthaltenen sowie in den Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patienteninformation und dem Versorgungsvertrag zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen („OsteoporosePLUS Sachsen“) näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung nach § 73c SGB V am Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „OsteoporosePLUS Sachsen“ nach § 73c SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel OSTEologe

I. Erläuterung zur Teilnahmeerklärung

Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehmen Sie die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes „OsteoporosePLUS Sachsen“ und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Versicherte der AOK PLUS, die entsprechend den vertraglich definierten Diagnoseschlüsseln an Osteoporose leiden, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ teilnehmen, sofern

- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieser Versorgung akzeptieren,
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden OSTEologen gewählt haben,
- der gewählte OSTEologe das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen durch Unterzeichnung dieser TE/EWE bestätigt hat und diese TE/EWE vollständig und fehlerfrei ist.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Der Versicherte ist kein Vertragspartner des Vertrages. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. den Regelungen des Vertrages. Das Selbstbestimmungsrecht des Versicherten wird, soweit in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. dem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, gewahrt und sein Recht auf die freie Arztwahl, insbesondere eines Osteologen, gewährleistet.

Der Vertrag versteht sich als eine ergänzende Versorgungsform zur vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen in dem Vertrag getroffen werden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die bundesmantelvertraglichen Regelungen und insoweit bleiben die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Qualität der Versorgung, die Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie die Regelungen des Datenschutzes unberührt.

Die Vertragspartner erbringen selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten, die an dieser Versorgung teilnehmen, verbleibt beim behandelnden OSTEologen. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach dem Vertrag gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen, des Vertragsarztrechts, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht (§ 76 Abs. 4 SGB V).

Mit Unterzeichnung dieser TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den vom gewählten OSTEologen vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diesen für die Behandlung seiner Osteoporose aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie im Notfall.

Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, beginnt die Teilnahme des Versicherten nach erfolgter persönlicher und umfassender Beratung über die Inhalte und Ziele der Versorgung mit dem Tag der Unterzeichnung der vollständigen TE/EWE. Maßgebend ist das letzte Datum aller auf der TE/EWE geleisteten Unterschriften.

Die Teilnahme des Versicherten an dieser Versorgung kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres ab Beginn der Teilnahme (Bindungsfrist), danach jederzeit zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden zu erfolgen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Versicherte beabsichtigt, dauerhaft zu einem Osteologen zu wechseln, der nicht am Vertrag teilnimmt.

Die Teilnahme des Versicherten an der Versorgung endet

- mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2 des Vertrages oder
- mit Widerruf gemäß § 73c Abs. 2 SGB V oder mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS, 01058 Dresden oder
- wenn der gewählte Osteologe nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der Versicherte keinen anderen teilnehmenden OSTEologen wählt oder
- mit dem Ende des Vertrages.

Bei wiederholter Nichtbeachtung der Bedingungen des Vertrages oder bei dauerhaftem Wechsel zu einem nicht am Vertrag teilnehmenden Osteologen ohne Kündigung kann der Ausschluss des Versicherten aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert.

Der Versicherte kann innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.

Der Versicherte kann im Rahmen dieser Versorgung nur einen behandelnden OSTEologen wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter bei verschiedenen OSTEologen eingeschrieben hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen OSTEologen zu entscheiden. Der Versicherte hat die getroffene Entscheidung unverzüglich der AOK PLUS mitzuteilen.

Will der Versicherte im Rahmen dieser Versorgung den gewählten OSTEologen wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden OSTEologen möglich.

Bei einem Wechsel des OSTEologen füllt der Versicherte die TE/EWE beim neu gewählten OSTEologen erneut aus und informiert diesen über seinen bisher behandelnden OSTEologen. Der Wechsel des OSTEologen wird zum letzten auf der TE/EWE angegebenen Unterschriftsdatum wirksam. Ein Wechsel des OSTEologen verlängert die oben genannte Bindungsfrist nicht.

II. Erläuterungen zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“:

Die Einwilligung der Patientin/des Patienten in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Versorgungsprogramms „OsteoporosePLUS Sachsen“ ist Voraussetzung für die Teilnahme der Patientin/des Patienten an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt.

Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten OSTEologen an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit den jeweils gewählten OSTEologen in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie ggf. einer von der AOK PLUS beauftragten Abrechnungsstelle zur Verfügung stellt.
4. die jeweilige Abrechnungsstelle von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten erhält:
Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter OSTEologe
5. meine Daten und Patientenunterlagen in Kopie bei einem Wechsel meines bisherigen OSTEologen an den neu gewählten OSTEologen übersendet werden können.
6. der OSTEologe gegenüber der AOK PLUS abrechnet.
7. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
8. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen bzw. Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Versorgungsprogramm „OsteoporosePLUS Sachsen“ verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (datenschutz@plus.aok.de).

III. Widerrufsrecht gemäß § 73c Abs. 2 Satz 2 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen werden kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem letzten Unterschriftsdatum auf dieser TE/EWE. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

Patienteninformation

zur Teilnahme an der Versorgung OsteoporosePLUS Sachsen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr behandelnder Osteologe hat bei Ihnen Osteoporose diagnostiziert. Die Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine der häufigsten Skeletterkrankungen in Deutschland, die durch eine Abnahme der Knochendichte und eine Verschlechterung des Knochengewebes mit erhöhter Frakturanfälligkeit gekennzeichnet ist.

Mit dem Versorgungsangebot OsteoporosePLUS soll die Lebensqualität von betroffenen Patienten erhöht werden. Erreicht wird dies durch eine frühzeitige Diagnosestellung und einen schnellen Behandlungsbeginn bereits nach Auftreten erster Symptome. Patienten mit stabilen Krankheitsverläufen werden weiterhin vom Hausarzt betreut. Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist für Sie kostenfrei und freiwillig.

Die Inhalte der Versorgung OsteoporosePLUS

Ihr Osteologe hat Ihnen die Teilnahmeunterlagen für die Versorgung OsteoporosePLUS Sachsen ausgehändigt. Die Einzelheiten der Teilnahmebedingungen und datenschutzrechtlichen Besonderheiten im Rahmen dieser Versorgung sind in den Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausführlich beschrieben.

Ihr Osteologe kann Sie entsprechend schulen. Durch die Vermittlung spezifischer Kenntnisse über die Erkrankung, Behandlung und Therapie lernen Sie, mit Ihrer Krankheit besser umzugehen.

Ist Ihr Krankheitsverlauf stabil, findet die weiterführende Behandlung Ihrer Erkrankung bei Ihrem betreuenden Hausarzt statt. Dazu übermittelt Ihr Osteologe schriftlich die gestellte Diagnose und den Therapieplan an Ihren Hausarzt.

Ihr Hausarzt behandelt Sie entsprechend der vom Osteologen vorgeschlagenen Therapie unter Berücksichtigung eventuell bestehender Begleiterkrankungen.

Ihre Vorteile im Überblick

- Durch die frühzeitige Diagnosestellung kann Ihre Osteoporosebehandlung zeitnah beginnen, was Ihren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und Ihre Lebensqualität erhöhen kann.
- Durch die zeitnahe Übermittlung von Ergebnissen und Änderungen der Therapie durch den Osteologen an Ihren Hausarzt erhalten Sie eine optimale Behandlung.

Gern beantworten wir Ihre Fragen

Wir stehen Ihnen in der AOK PLUS-Filiale in Ihrer Nähe sowie im Internet gern zur Verfügung. Auch können Sie uns jederzeit über das Servicetelefon unter 0800 1059000* erreichen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Ihre

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

