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

PsycheAktiv Sachsen

Verlängerungsantrag

-vom FACHARZT auszufüllen-
-vom Versicherten und vom FACHARZT zu unterzeichnen-

Für den obengenannten Versicherten wird eine Verlängerung der Versorgung im Rahmen „PsycheAktiv Sachsen“ aus folgenden Gründen beantragt (bitte alle Fragen beantworten):

1. Warum ist die Überführung des Versicherten in die Regelversorgung noch nicht möglich bzw. warum ist es sinnvoll, die Betreuung im Rahmen von „PsycheAktiv“ weiterzuführen? Bitte individuelle Begründung:

2. Welche Ergebnisse konnten bisher durch die Betreuung des Versicherten im Rahmen von „PsycheAktiv“ erreicht werden?

3. Wovon hat der Versicherte am meisten profitiert?

4. Wie hat sich der Zustand des Versicherten im biopsychosozialen Kontext verändert?

5. Welches Behandlungsziel wurde noch nicht erreicht?

6. Welche Lebensbereiche sind noch eingeschränkt?
   (bitte ankreuzen/Mehrfachnennung möglich)

   ☐ Arbeit/Ausbildung

   ☐ Alltag/Haushalt

   ☐ körperliche Leistungsfähigkeit

   ☐ psychische Belastbarkeit

   ☐ Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

7. Wurde ein Rentenantrag gestellt?

   ☐ ja

   ☐ nein

8. Geben Sie eine prognostische Einschätzung – bezogen auf die Therapiezielsetzung – an!

9. Verlängerungszeitraum - bitte ankreuzen:

☐ 6 Monate

☐ 12 Monate

☐ anderer Zeitraum: _____

Sollten darüber hinausgehend weitere Ausführungen notwendig werden, nutzen Sie bitte ein Beiblatt.

Der Verlängerungsantrag muss bis **spätestens 4 Wochen vor dem Teilnahmeende** des Versicherten bei der AOK PLUS vorliegen.
Bitte senden Sie das Original des ausgefüllten und unterzeichneten Verlängerungsantrages (Seiten 1 bis 4) sowie das Original der unterzeichneten Einwilligungserklärung (Seite 5) per Post an:

AOK PLUS
Datenzentrum
09099 Chemnitz

Die Durchschläge sind für die jeweiligen Adressaten bestimmt und vom FACHARZT zu übergeben/zu übermitteln.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

Rückseite von Seite 3 (Leerseite)

Lieber Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen eine weiterführende Versorgung im Rahmen des Programms „PsycheAktiv Sachsen“ empfohlen. Ihre AOK PLUS übernimmt damit auch weiterhin die Kosten für die zusätzlichen Leistungen aus dem Programm. Weitere Informationen dazu erhalten Sie nachstehend sowie auf der anhängenden Patienteninformation, auf der Sie auch die Kontaktdaten zur AOK PLUS finden. Wir freuen uns über alle Anfragen und Feedbacks und wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg!
Ihre AOK PLUS

Erläuterungen zum Verlängerungsantrag:

Sofern aus medizinischen Gründen eine Versorgung des Versicherten im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen über das bevorstehende Teilnahmeende hinaus angezeigt ist, erfolgt die Beantragung der weiterführenden Versorgung mittels Verlängerungsantrag gegenüber der AOK PLUS. Sofern der Verlängerungsantrag fristgerecht bei der AOK PLUS eingereicht worden ist (siehe umseitige Bestimmung) und der FACHARZT bis zum Ablauf der Teilnahmedauer keinen ablehnenden Bescheid von der AOK PLUS erhält, gilt der Verlängerungsantrag als genehmigt und die Versorgung des Versicherten an PsycheAktiv Sachsen wird nahtlos fortgeführt.

Eine weiterführende Versorgung und damit die Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen ist freiwillig. Grundlage für die weitere Versorgung im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen bildet die bei Teilnahmebeginn vom Versicherten und dem FACHARZT unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) i. V. m. diesem Verlängerungsantrag. Die mit Unterzeichnung der TE/EWE akzeptierten Teilnahmebedingungen gelten entsprechend für den Verlängerungszeitraum fort. Der Verlängerungszeitraum und damit die Teilnahme des Versicherten ist befristet und endet automatisch Tag genau mit Ablauf des beantragten Verlängerungszeitraums, sofern keine vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen erfolgt.

Widerrufsrecht:

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

Kündigungsrecht:

Die Teilnahme kann jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erklären. Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

- automatisch mit Ablauf des umseitig beantragten Verlängerungszeitraumes oder
- mit dem Tag des Wegfalls der in der TE/EWE benannten Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden HAUS- oder FACHARZTES, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt wählt oder
- wenn dauerhaft weitere Ärzte zur Behandlung seiner Erkrankung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, in Anspruch genommen werden, was nicht mit dem gewählten HAUS- oder FACHARZT abgestimmt ist bzw. bei einem dauerhaften Wechsel des Versicherten zu einem Facharzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- mit dem Ende des Vertrages PsycheAktiv Sachsen oder
- an dem Tag, an dem der betreuende HAUS- oder FACHARZT, die AOK PLUS und/oder der MDK Ausschlusskriterien feststellt/en bzw. wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.

Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen, die sich für den Versicherten aus der Teilnahme an diesem Vertrag ergeben (vgl. TE/EWE), 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 betreuenden FACHARZT informiert. Im Falle von Widerruf oder Kündigung wird der Versicherte über das Teilnahmeende schriftlich durch die AOK PLUS, in allen anderen Fällen durch den betreuenden FACHARZT informiert.

Einwilligungserklärung:

Ergänzend zur Einwilligungserklärung, die ich mit Unterzeichnung der TE/EWE bei Teilnahmebeginn abgegeben habe, bin ich weiterhin einverstanden, dass

1. dieser Verlängerungsantrag durch den FACHARZT an die AOK PLUS übersendet und dort gemeinsam mit der TE/EWE aufbewahrt wird.
2. dieser Verlängerungsantrag gemeinsam mit der TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

---

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT