

**AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen**

Gesprächspartner
Ihr AOK-Betreuungsteam

Telefon
01802 / 265 222*

Fax
(0511) 285 - 13209

E-Mail
Herzinsuffizienz@nds.aok.de

Unser Zeichen
579360030

Datum
03.12.2009

Montag, Dienstag, Freitag von 9.00 - 17.00 Uhr
Mittwoch von 9.00 - 13.00 Uhr
Donnerstag von 9.00 - 18.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Kennen Sie alle Risiken und Folgen Ihrer Herzerkrankung?

Guten Tag, Frau [REDACTED]

das **kostenfreie** Betreuungsprogramm „Herzinsuffizienz“ der AOK Niedersachsen bietet Ihnen hilfreiche Antworten auf all Ihre Fragen.

Ihre Vorteile

- Individuelle **telefonische** Beratung
- Mehr Wissen über Ihre Erkrankung und dadurch eine nachweisliche Steigerung Ihrer Lebensqualität
- Vorbereitung auf Untersuchungstermine durch beratende Unterstützung Ihres Ansprechpartners
- Informelle **Ergänzung** zu Ihrer individuellen ärztlichen Behandlung
- Je nach medizinischer Notwendigkeit erhalten Sie eine kostenlose Waage und ein Blutdruckmessgerät zur konsequenten Beobachtung Ihrer Werte

Die Programmbetreuung für Sie übernimmt ein persönlicher und medizinisch qualifizierter Berater unseres Gesundheitspartners, der **almeda GmbH**.

Probieren Sie es einfach aus und nutzen Sie unser Angebot Ihrem Herzen zuliebe!

Schicken Sie dazu die beigelegte Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück. Einen Freiumschlag haben wir beigelegt.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter der Telefonnummer 01802 / 265 222* zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr AOK-Betreuungsteam

Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich, dass ich auf freiwilliger Basis und mit der Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs am Betreuungsprogramm Herzinsuffizienz teilnehme und die vorangegangenen Erläuterungen und die Beschreibung des Betreuungsprogramms zur Kenntnis genommen habe. Ich willige zu diesem Zweck ein, dass die AOK Niedersachsen meine Adressdaten sowie meine Telefonnummer, soweit diese vorliegt, und medizinischen Daten im Zusammenhang mit meiner Erkrankung an die almeda GmbH weitergibt, damit mich medizinisches Fachpersonal dieses Unternehmens im Sinne einer gesunden Lebensführung und eines optimalen Umgangs mit der Erkrankung kontaktiert und berät.

Ich befreie darüber hinaus meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der almeda GmbH, soweit es sich um Herzinsuffizienz bezogene Daten für die Durchführung des Programms handelt.



Ihr Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ihre Telefonnummer



Ihre Versichertennummer

Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

**Unterschrift des Versicherten/
des gesetzlichen Vertreters**

Bitte senden Sie diese Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück an die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover. Einen Freiumschlag haben wir beigelegt.