

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

Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten

(Anlage 2)

Zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden **Hautkrebsvorsorge-Verfahrens** nach § 140a SGB V

Vertragskennzeichen: 12002400191

Original bei der KV Hamburg einreichen!

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der Betriebskrankenkasse versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags zwischen Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg und meiner Krankenkasse nutzen, und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag Hautvorsorge-Verfahren wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Mir ist bekannt, dass ich an die Teilnahmeerklärung 24 Monate gebunden bin.

Das Ende der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistung oder mit der Beendigung des Vertrages.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 140a SGB V zum Hautkrebsvorsorge-Verfahren.

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen. **Die Patienteninformation nach Art. 13 DS-GVO habe ich ebenfalls erhalten.**

Belehrung über Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Kasse zu erklären. Zur Einhaltung der Frist, genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige mein Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T T M M J J J J

--

Stempel des Arztes

--

Unterschrift

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an die Betriebskrankenkasse zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die Betriebskrankenkasse darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Hautkrebsvorsorge-Verfahren“ ausgesprochen wird.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die Betriebskrankenkasse übermitteln.

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die Betriebskrankenkasse veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Evaluation ein.

Der Widerruf der Verwendung meiner Daten zur Evaluation führt nicht zur Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T T M M J J J J

--

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Einverständniserklärung zum Datenschutz