

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



Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V

Versand an:
Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur „Besonderen Versorgung Rheuma“

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei oben stehender Krankenkasse versichert bin,
- ich an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ teilnehmen möchte,
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner Krankenkasse angebotene „Besondere Versorgung Rheuma“ informiert bin und mir eine Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personengebundenen Daten beschrieben ist. Diese habe ich sorgfältig gelesen.**
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere,
- ich ausführlich und umfassend über das Programm „Besondere Versorgung Rheuma“ informiert bin und mir die Patienteninformation zum Programm (Anlage 6.4) ausgehändigt wurde.
- ich für die Erfüllung des im BV-Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung bzw. ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses). Mir ist bekannt, dass ich bei wiederholtem Verstoß gegen diese Pflichten, aus dem Programm ausgeschlossen werde. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters _____

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ meiner Krankenkasse bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ich willige ein, dass

- im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ (BV-Vertrag Rheuma) meine mich in diesem BV-Vertrag Rheuma behandelnden Ärzte die der Teilnahme und Behandlung dienlichen Informationen austauschen dürfen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen, nur soweit entbinde ich meine mich in der „Besonderen Versorgung Rheuma“ betreuenden Ärzte von der Schweigepflicht.
- die mich in diesem BV-Vertrag Rheuma behandelnden Ärzte über ein Ende meiner Teilnahme informiert werden.
- im Datenbestand meiner Krankenkasse und der an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehme
- mein Arzt meinen Einschreibebefehl über die „Besondere Versorgung Rheuma“ an das durch die Versorgungslandschaft Rheuma beauftragte Rechenzentrum und an meine Krankenkasse übermittelt.
- meine Krankenkasse die von ihr beauftragte Stelle (spectrumK GmbH, Spittelmarkt 12, 10117 Berlin) vom Rechenzentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhält und verarbeitet. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ sind in der mir ausgehändigten Patienteninformation zum Datenschutz beschrieben.
- ich mich bei Fragen an die in der Patienteninformation zum Datenschutz genannten Datenschutzbeauftragten wenden kann.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe innerhalb der Widerrufsfrist von zwei Wochen in Textform (Brief, Fax, Email etc.) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit der dort enthaltenen Belehrung über das Widerrufsrecht. Die Teilnahme endet automatisch, sobald ich meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung widerrufe.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ meiner Krankenkasse einverstanden. Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ nicht möglich. Dann ändert sich an Ihrer bisherigen Versorgung nichts. Sie werden zu den bisherigen Konditionen weiterbehandelt.

Bitte das heutige Datum eintragen _____ Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters _____

Bestätigung durch den behandelnden Arzt

Datum	Unterschrift des Arztes	Praxisstempel

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V

Exemplar für den Versicherten



I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur „Besonderen Versorgung Rheuma“

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei oben stehender Krankenkasse versichert bin,
- ich an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ teilnehmen möchte,
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner Krankenkasse angebotene „Besondere Versorgung Rheuma“ informiert bin und mir eine Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personengebundenen Daten beschrieben ist. Diese habe ich sorgfältig gelesen.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere,
- ich ausführlich und umfassend über das Programm „Besondere Versorgung Rheuma“ informiert bin und mir die Patienteninformation zum Programm (Anlage 6.4) ausgehändigt wurde.
- ich für die Erfüllung des im BV-Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung bzw. ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses). Mir ist bekannt, dass ich bei wiederholtem Verstoß gegen diese Pflichten, aus dem Programm ausgeschlossen werde. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ freiwillig ist, und
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe dieser Erklärung gemäß der Patienteninformationen zur Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ (BV) in der Rheumatologie widerrufen kann
- die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung in der Rheumatologie“ frühestens nach 2 Jahre endet, sofern die Teilnahme spätestens 3 Monate vor Ablauf dieser Frist durch mich gekündigt wird; andernfalls verlängert sich meine Teilnahme automatisch jeweils um weitere 2 Jahre,
- die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ endet bzw. kann beendet werden
 - o mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligung der Teilnahme und/oder in die Datenverwendung gegenüber der Krankenkasse in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse;
 - o mit dem Ende meiner Mitgliedschaft bzw. meines Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkassen bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V;
 - o mit dem Ende der Behandlung nach diesem BV-Vertrag Rheuma
 - o mit Beendigung des BV-Vertrages Rheuma;
 - o mit meiner Kündigungserklärung;
 - o mit dem sicheren Ausschluss der Verdachtsdiagnose spätestens innerhalb von zwei Quartalen nach Übermittlung der Verdachtsdiagnose durch den Arzt zum Ende des laufenden Quartals.
- ich bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient) jederzeit mein Recht zur außerordentlichen Kündigung meiner Teilnahme ausüben kann
- meine zur „Besonderen Versorgung Rheuma“ erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ meiner Krankenkasse bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ich willige ein, dass

- im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ (BV-Vertrag Rheuma) meine mich in diesem BV-Vertrag Rheuma behandelnden Ärzte die der Teilnahme und Behandlung dienlichen Informationen austauschen dürfen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen, nur soweit entbinde ich meine mich in der „Besonderen Versorgung Rheuma“ betreuenden Ärzte von der Schweigepflicht.
- die mich in diesem BV-Vertrag Rheuma behandelnden Ärzte über ein Ende meiner Teilnahme informiert werden.
- im Datenbestand meiner Krankenkasse und der an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehme
- mein Arzt meinen Einschreibebefehl über die „Besondere Versorgung Rheuma“ an das durch die Versorgungslandschaft Rheuma beauftragte Rechenzentrum und an meine Krankenkasse übermittelt.
- meine Krankenkasse die von ihr beauftragte Stelle (spectrumK GmbH, Spittelmarkt 12, 10117 Berlin) vom Rechenzentrum die für Abrechnungs- und Prüfbefehle notwendigen personenbezogenen Daten erhält und verarbeitet. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ sind in der mir ausgehändigten Patienteninformation zum Datenschutz beschrieben.
- ich mich bei Fragen an die in der Patienteninformation zum Datenschutz genannten Datenschutzbeauftragten wenden kann.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe innerhalb der Widerrufsfrist von zwei Wochen in Textform (Brief, Fax, Email etc.) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit der dort enthaltenen Belehrung über das Widerrufsrecht. Die Teilnahme endet automatisch, sobald ich meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung widerrufe.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der „Besonderen Versorgung Rheuma“ meiner Krankenkasse einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der „Besonderen Versorgung Rheuma“ nicht möglich. Dann ändert sich an Ihrer bisherigen Versorgung nichts. Sie werden zu den bisherigen Konditionen weiterbehandelt.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den behandelnden Arzt

Datum	Unterschrift des Arztes	Praxisstempel