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

Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung des Versicherten

Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen dem BKK-Landesverband Mitte und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Bitte per Fax an:

06131/3305-71

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BKK _____ versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und meiner Krankenkasse nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung werde ich oder mein behandelnder Arzt direkt per Fax an die o. g. Faxnummer des BKK-Landesverbandes Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, zur Weiterleitung an meine Krankenkasse, übermitteln.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum "Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens" wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, für die im Vertrag vorgesehenen Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte 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.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.

Das Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse hat eine unmittelbare Beendigung an der Teilnahme dieses Vertrags zur Folge. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Erreichen der Altersgrenze oder der Beendigung des Vertrages.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 73 c SGB V zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**.**

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich entsprechend der satzungsgemäßen Mindestbindungsfrist meiner Krankenkasse bei nicht ausgeübtem Widerrufsrecht, zwei Jahre an meine Teilnahmeentscheidung gebunden bin.

Belehrung über Widerrufsrecht

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber meiner BKK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine BKK.

Bitte das heutige Datum eintragen

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 § 73 c 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

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel des Arztes

Unterschrift

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in dem ausgehändigten Merkblatt erläuterten Erhebung, Verarbeitung und Nutzung und der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden. Insbesondere ist mir bekannt:

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten sind dem ausgehändigten Merkblatt zu entnehmen.

Dass mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. 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.

Mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an meine BKK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Meine Krankenkasse darf meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens" ausgesprochen wird.

Meine Teilnahmeerklärung werde ich oder mein behandelnder Arzt direkt per Fax an die o. g. Faxnummer des BKK-Landesverbandes Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, zur Weiterleitung an meine Krankenkasse, übermitteln.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 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 Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsnummern und ihr Wert; Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

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