

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

Erklärung

zur Teilnahme am Versorgungsprogramm „Früherkennung“

Arzt-Stempel / Unterschrift

Exemplar für die AOK

1. Teilnahmeerklärung und zeitliche Bindung an Teilnahmeerklärung und Leistungserbringer

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ teilnehmen und die vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen möchte.
- ich ausführlich über die Inhalte und die Versorgungsziele des Versorgungsprogramms „Früherkennung“ informiert wurde; ich habe die Patienten-Information über das Versorgungsprogramm „Früherkennung“ erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ für mich freiwillig ist
- ich an meine Teilnahmeerklärung und an die Wahl meines angegebenen Leistungserbringers für die Dauer meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm gebunden bin; mein Recht auf Kündigung oder Widerruf, sowie die Inanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers oder des Notdienstes in Notfällen bleibt davon unberührt.
- eine Kündigung zum Ende eines Quartals mit einer Frist von 2 Monaten möglich und gegenüber meiner Krankenkasse zu erklären ist.
- meine Teilnahme automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird

Ja, ich möchte an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich bei der AOK widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder im Rahmen des Versorgungsprogramms berechnete Dritte ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch zwischen den im Rahmen des Versorgungsprogramms „Früherkennung“ Beteiligten.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ ein und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und -verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ führt, richten Sie bitte mündlich oder per Post an: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, 66104 Saarbrücken

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und -verarbeitung erhalten und zur Kenntnis genommen

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. vertretungsberechtigte Person

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

Erklärung

zur Teilnahme am Versorgungsprogramm „Früherkennung“

Arzt-Stempel / Unterschrift

Exemplar für Patient/in

1. Teilnahmeerklärung und zeitliche Bindung an Teilnahmeerklärung und Leistungserbringer

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ teilnehmen und die vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen möchte.
- ich ausführlich über die Inhalte und die Versorgungsziele des Versorgungsprogramms „Früherkennung“ informiert wurde; ich habe die Patienten-Information über das Versorgungsprogramm „Früherkennung“ erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ für mich freiwillig ist
- ich an meine Teilnahmeerklärung und an die Wahl meines angegebenen Leistungserbringers für die Dauer meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm gebunden bin; mein Recht auf Kündigung oder Widerruf, sowie die Inanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers oder des Notdienstes in Notfällen bleibt davon unberührt.
- eine Kündigung zum Ende eines Quartals mit einer Frist von 2 Monaten möglich und gegenüber meiner Krankenkasse zu erklären ist.
- meine Teilnahme automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird

Ja, ich möchte an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich bei der AOK widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder im Rahmen des Versorgungsprogramms berechnete Dritte ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch zwischen den im Rahmen des Versorgungsprogramms „Früherkennung“ Beteiligten.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ ein und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und -verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ führt, richten Sie bitte mündlich oder per Post an: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, 66104 Saarbrücken

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und -verarbeitung erhalten und zur Kenntnis genommen

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. vertretungsberechtigte Person

Versorgungsprogramm „Früherkennung“

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Im Rahmen dieses Versorgungsprogramms möchte Ihre AOK – Die Gesundheitskasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen die möglichst frühzeitige Erkennung von Folge- und oder Begleiterkrankungen, eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung.

Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer AOK – Die Gesundheitskasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Versorgungsprogramms für Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische oder schwerwiegende Krankheiten oder ein erhöhtes Risiko an solchen zu erkranken haben. Mit diesem Versorgungsprogramm will die AOK gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden und möglichst frühzeitig die richtige Therapie erhalten. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten und ausführlich informieren. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung(en) mitwirken.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Versorgungsprogramms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten (patientenbezogene Behandlung anstelle einer krankheitsbezogenen Perspektive), die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Für Ihre Behandlung ist vorgesehen, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie umfassend aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können.

Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren sowie Sie zum Selbstmanagement anleiten. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er kontrolliert Ihre Medikation und passt diese bei Bedarf an.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Denn auch für Ihren Arzt ist die Teilnahme freiwillig.

An Ihre Wahl sind Sie gebunden.

Leistungsdokumentationen sorgen für Transparenz über Ihre Behandlung

Im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung werden von Ihrem gewählten Arzt und von den darüber hinaus in Anspruch genommenen Ärzten Dokumentationen über Ihre Erkrankung und die dafür erbrachten Leistungen angefertigt und auch an die AOK – Die Gesundheitskasse übermittelt. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“).

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie qualifizierte Behandlungen durch weitere Leistungserbringer veranlassen. Die Wahrnehmung dieser Termine und der veranlassten Leistungen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankungen besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre AOK – Die Gesundheitskasse für Sie tut

Ihre Gesundheitskasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter der AOK – Die Gesundheitskasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Mit diesem Versorgungsprogramm und darüber hinaus bietet Ihnen Ihre AOK – Die Gesundheitskasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Ihre Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Früherkennung“ ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Selbstverständlich entstehen Ihnen keine persönlichen Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen oder die Teilnahme beenden.

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Selbstverständlich können Sie ohne Angaben von Gründen Ihre Teilnahme am Programm mit einer Frist von zwei Monaten zum Quartalsende (31.03., 30.06., 30.09. oder 31.12. eines jeden Jahres) schriftlich kündigen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Sie werden auch im Anschluss von Ihren behandelnden Ärzten im gewohnten Umfang und der gleichen Qualität weiter betreut.

Innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach der Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung können Sie diese ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich bei **der AOK** widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, sobald Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt wurde, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen Arzt, der am Programm teilnimmt und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen dieses Versorgungsprogramms in Anspruch zu nehmen und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre AOK – Die Gesundheitskasse.

Ihre AOK – Die Gesundheitskasse möchte Sie bei der Früherkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz zum Versorgungsprogramm „Früherkennung“

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

1. Was ist das Versorgungsprogramm „Früherkennung“?

Das Versorgungsprogramm „Früherkennung“ richtet sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische oder schwerwiegende Krankheiten oder ein erhöhtes Risiko an solchen zu erkranken haben. Mit diesem Versorgungsprogramm will die AOK gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden und möglichst frühzeitig die richtige Therapie erhalten.

Ihre AOK – Die Gesundheitskasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern.

Näheres zum Versorgungsprogramm „Früherkennung“ entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme am Versorgungsprogramm „Früherkennung“ ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

Ihre Teilnahmeerklärung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt an Ihre Krankenkasse übermittelt. Ihre Krankenkasse prüft die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung und des Vorliegens der Teilnahmevoraussetzungen.

Abrechnung

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Arzt gemäß § 295 SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei nach § 295 SGB V, die sie Ihrer Krankenkasse verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an Ihren Arzt.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,

Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

3. Wie werden Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland verarbeitet?

Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland werden Ihre Daten wie bei jedem anderen Patienten nach den Grundsätzen der §§ 295, 295 Abs. 1b, 295a SGB V behandelt.

Wer ist Empfänger Ihrer Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Im Rahmen des Versorgungsprogramms „Früherkennung“ werden folgende Institutionen Ihre Daten verarbeiten:

- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
- Kassenärztliche Vereinigung

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (KDG, EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Auswerten). Die Erhebung, Verarbeitung und Auswertung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

II. Befundaustausch

Um für Sie eine gute Patientenversorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsprogramm „Früherkennung“ erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen ausgetauscht werden. Sie können der Datenübermittlung jederzeit widersprechen.

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Versorgungsprogramm „Früherkennung“

1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 17 KDG bzw. Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 18 KDG bzw. Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 19 KDG bzw. Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 20 KDG bzw. Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 22 KDG bzw. Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 23 KDG bzw. Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft **jederzeit** zu widerrufen.

Sie erhalten jederzeit auf Wunsch eine unentgeltliche Kopie der bei uns gespeicherten Daten.

Weitere Informationen zu allen hier aufgelisteten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Verarbeitungseinschränkung, Datenübertragung und Widerspruch) und Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten, oder wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, erhalten Sie unter:

- www.aok.de/rps/datenschutzrechte oder über den
- Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz, Postfach 30 40, 55020 Mainz, Telefon: +49 (0) 6131 208-2449, poststelle@datenschutz.rlp.de.

2. Beschwerderecht bei der Datenaufsicht

Nach Art. 48 KDG i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Datenaufsicht lautet:

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz, E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de