

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

Vertragskennzeichen
121A12AE105**Ich erkläre hiermit meine Teilnahme**

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der "Besonderen Versorgung" untersucht werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt informiert. Mit der ärztlichen Untersuchung durch die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für die Untersuchung bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt gebunden. In der Patienteninformation meiner Krankenkasse wird das Untersuchungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der Patienteninformation meiner Krankenkasse einverstanden.**

Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (alle Informationen, die sich auf mich beziehen) sowie Gesundheitsdaten (personenbezogene Daten, die sich auf meine Gesundheit beziehen). **Ich habe jederzeit das Recht**, die Daten über mich bei meiner behandelnden Ärztin bzw. bei meinem behandelnden Arzt einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten nach sechs, spätestens zehn Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Für Auskünfte zum Datenschutz kann ich mich an den Datenschutzbeauftragten meiner Krankenkasse wenden:

BARMER Datenschutzbeauftragter, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal, E-Mail: datenschutz@barmer.de**Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte**

Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnde Arztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogenen Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten (Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie Vertragsdaten an die mit der Abrechnung beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Isaac-Fulda-Allee 14-16, 55124 Mainz übermittelt.

Widerrufsmöglichkeiten

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die Absendung des Widerrufs innerhalb von zwei Wochen an meine Krankenkasse. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder mündlich gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung von Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Meine Teilnahmeerklärung und gegebenenfalls meine Widerrufserklärung kann ich richten an:**BARMER Scanzentrum, 73520 Schwäbisch Gmünd**Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 16. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters
(bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

Vertragsarztstempel