

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



Anlage 1

Teilnahme- und Einverständniserklärung des/der Versicherten für die Besondere Versorgung – Hautscreening für Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und schränkt mein Recht auf freie Arztwahl nicht ein. Sie beginnt mit dem Tag, an dem ich im Wege der Aufklärung über Programminhalte und Datenwege meine Teilnahme und die Zustimmung erklärt habe. Der Beitritt beginnt mit dem Tag meiner Unterzeichnung der Teilnahme- und Einverständniserklärung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Programminhalte mittels der Patienteninformation erhalten zu haben.

Eine gleichzeitige Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes bei verschiedenen am Vertrag teilnehmenden Ärzten ist nicht möglich. Ich **versichere**, dass ich momentan nicht bei einem anderen am Versorgungsvertrag teilnehmenden Arzt Versorgungsangebote dieses Vertrages in Anspruch nehme.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für mindestens ein Jahr an meine Wahl gebunden und darf während dieser Zeit für die vertraglichen Leistungen nur die vertraglich eingebundenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Besonderen Versorgung – Hautkrebscreening für junge Menschen

Hiermit erkläre ich, dass

- ✦ mich mein beratender Arzt über die Inhalte der vertragsgegenständlichen Besonderen Versorgung und die Versorgungsziele informiert hat.
- ✦ ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen dieser Versorgung habe, wenn ich bei der BKK PFAFF versichert bin.
- ✦ ich freiwillig und kostenfrei an der Besonderen Versorgung teilnehme. Die freie Arztwahl wird dadurch nicht eingeschränkt.
- ✦ mich mein beratender Arzt ausführlich über meine Mitwirkung informiert hat. Meine aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis der Versorgung zu erreichen. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des therapeutischen Rates.
- ✦ ich darüber informiert bin, dass bei fehlender Mitwirkung gem. § 66 SGB I meine BKK die Leistungen innerhalb dieser Besonderen Versorgung ganz oder in Teilen versagen kann, sofern ich schriftlich -zur Anhörung- von ihr darauf hingewiesen wurde, meiner Mitwirkungspflicht innerhalb einer angemessenen Frist nachzukommen.
- ✦ bei ausreichender Mitwirkung und fruchtlosem Verstreichen der Anhörungsfrist meine BKK über die Beendigung meiner Teilnahme entscheiden kann.
- ✦ ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form sowie zur Niederschrift bei meiner BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- ✦ mit der Beendigung des Vertrages oder dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK PFAFF.
- ✦ bei fehlender Mitwirkung.
- ✦ durch eine außerordentliche Kündigung, wenn besondere Gründe (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber meiner teilnehmenden BKK mit Wirkung für die Zukunft - spätestens 4 Wochen zum Quartalsende - möglich und wird von meiner BKK bestätigt. Darüber hinaus unterrichtet die BKK PFAFF den beratenden Arzt über die außerordentliche Kündigung

Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten

**Für die Besondere Versorgung nach Vertrag § 140a SGB V: „Hautscreening für Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres“
Vertragskennzeichen:**

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und –verarbeitung

Mit der Einverständniserklärung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen stimme ich zu,

- ✦ dass die teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, die vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht) über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.
- ✦ dass ich einer Verarbeitung und Nutzung meiner in der Besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten zustimme.
- ✦ dass BKK PFAFF berechtigt ist, die vorliegenden personenbezogenen Daten über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Abrechnung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten, zu nutzen. Die zur Abrechnung und zur Teilnehmerverwaltung notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Diagnosen, ICD, Versichertenstatus, Versichertennummer, erbrachte Leistung, Behandlungsdatum) dürfen durch die Vertragspartner bzw. die teilnehmenden Ärzte an meine BKK übermittelt werden.
- ✦ dass ich die Patienteninformationen erhalten habe und die Hinweise zu meinen Rechten zur Kenntnis genommen habe. Ich habe eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung erhalten.
- ✦ dass meine Daten für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht werden.

Die Vertragspartner sind zur Evaluation der Wirksamkeit und Effektivität der Besonderen Versorgung verpflichtet. Sie werten zu diesem Zwecke Daten zu den in Anspruch genommenen Leistungen nach dem Vertrag über eine Hautkrebsscreening für unter 35jährige aus. Diese Daten werden vor ihrer Auswertung anonymisiert. Das bedeutet, dass ein Bezug zu meiner Person dauerhaft nicht mehr möglich ist.

Die Vertragspartner und die teilnehmenden Ärzte sind zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DSGVO, § 284 SGB V, §§ 67a ff. SGB X verpflichtet. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben und eine Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

- Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der Besonderen Versorgung „Hautkrebsscreening für Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**
- Ja, ich habe die Hinweise zur Datenerhebung und –verarbeitung zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift“. Mir ist bekannt, dass ich alle Hinweise zu meinen Rechten in der Patienteninformation nachlesen kann.**

Datum:

Mit o.g. Datum bestätige ich meine Teilnahme am Versorgungsvertrag zu den vorstehenden Bedingungen.

Unterschrift (Vor- und Nachname)