

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

Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular wird in Ihrer Praxis aufbewahrt.

Teilnahmeerklärung der Versicherten zur besonderen Versorgung bei Gestationsdiabetes nach § 140a SGB V (Vertragskennzeichen: 121512VE005)

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung von Versicherten mit Gestationsdiabetes teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden.
- Ich wurde über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Die Information über meine Teilnahme wird an meine Krankenkasse übermittelt.
- **Ich erkläre, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung in der mir ausgehändigten Versicherteninformation gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.**

Ich wurde informiert darüber, dass

- mit dem Ende der Schwangerschaft das Versorgungsprogramm endet. Die Inhalte des Versorgungsangebotes wurden mir benannt. Ich hatte Gelegenheit meinem / meiner u. g. behandelnden Arzt / Ärztin Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden.
- durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen.
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich zur Behandlung meiner Erkrankung nur die am Vertrag teilnehmenden Ärzte / Ärztinnen in Anspruch nehme.
- im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist.
- ich das Recht habe, jederzeit die dokumentierten Daten für mich einzusehen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei der oben genannten Kasse ein gültiges Versicherungsverhältnis habe und ich meinen Mitwirkungspflichten nachkomme, da mir sonst Leistungen ganz oder teilweise versagt werden können.

So können Sie teilnehmen

- Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und endet automatisch mit dem Ende der Schwangerschaft
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.

Einwilligung in die Datenerhebung und –verarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGBV informiert worden bin.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (z.B. an den Medizinischen Dienst) übermittelt werden.
- **Die in der Versicherteninformation dargestellten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten, verstanden und zur Kenntnis genommen.**
- Mir ist bekannt, dass ich die freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.
- Mir ist bekannt, dass die Erhebung und Verarbeitung meiner patientenbezogenen Daten Voraussetzung meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung sind.

Belehrung über das Widerrufsrecht

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten

Unterschrift/Stempel Vertragsarzt

Versicherteninformation gem. § 217 Abs. 4a SGB V zum Versorgungsprogramm für Gestationsdiabetikerinnen gemäß § 140a SGB V

Vertrags-Kennzeichen.: 121512VE005

Die beteiligten Krankenkassen, haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) einen Vertrag nach § 140a SGB V über die besondere Versorgung auf dem Gebiet Diabetologie für Gestationsdiabetikerinnen abgeschlossen.

Programminhalte

Mit dieser besonderen Versorgung erhalten Versicherte mit den oben genannten Erkrankungen eine bedarfsorientierte wohnortnahe Versorgung durch vertraglich eingebundene Ärzte /Ärztinnen mit der Anerkennung der KV RLP als Diabetologische Schwerpunktpraxis.

Das Behandlungsangebot richtet sich an Versicherte, bei denen während der Schwangerschaft eine Diabeteserkrankung (Gestationsdiabetes) erkannt wird. Ziel ist es Schäden für Mutter und Kind zu vermeiden. Die Teilnahme endet für diese Versicherten mit dem Ende der Schwangerschaft

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

Widerrufsrecht

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung. Es gilt eine Bindefrist für die gesamte Dauer der Schwangerschaft. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Wenn Sie ihre Teilnahme aus wichtigem Grund beenden möchten, schicken Sie bitte Ihre Erklärung schriftlich, elektronisch zu (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift Ihrer Krankenkasse zu.

Therapeutenbindung

Der gesamte Behandlungsablauf wird durch den Facharzt / die Fachärztin gesteuert und umgesetzt, daher sind Sie als Versicherte während dieser gesamten Maßnahme an die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte – Ärztinnen gebunden. Bei nicht abgestimmter Inanspruchnahme weiterer Ärzte/Ärztinnen für die Behandlung der Diabeteserkrankung können Sie von der weiteren Teilnahme an der besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Hiervon ausgenommen sind Notfälle.

Mitwirkungspflicht

Für den Erfolg dieser Behandlung ist eine aktive Mitwirkung durch Sie wichtig. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung ärztlichen Rates Ihrer diabetologischen Schwerpunktpraxis. Bei wiederholter fehlender Bereitschaft zur Mitwirkung können Ihnen Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung ganz oder teilweise versagt werden. Wenn Sie trotz wiederholter Aufforderung durch die Krankenkasse den oben genannten Mitwirkungspflichten weiterhin nicht nachkommen, besteht für Ihre Krankenkasse die Möglichkeit, Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung zu beenden

Versicherteninformation gem. § 217 Abs. 4a SGB V zum Versorgungsprogramm für Gestationsdiabetikerinnen gemäß § 140a SGB V

Vertrags-Kennzeichen.: 121512VE005

Erforderliche Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DS-GVO

Im Folgenden informieren wir Sie über Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Vereinbarung zur besonderen Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM).

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz **Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?**

1. Teilnahmeerklärung Versicherte

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird in der diabetologischen Schwerpunktpraxis während der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt. Dort kann sie zur Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen von Ihrer Krankenkasse eingesehen werden.

2. Abrechnung

Damit Ihr gewählter diabetologisch besonders qualifizierter Arzt /Ihre gewählte diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er/sie eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Arzt gem. § 295a SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei nach § 295 SGB V, die sie Ihrer Kasse verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt Ihre Kasse die Vergütung.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, überweisender Arzt/Ärztin Behandlungstag, Abrechnungsnummer und Wert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

3. Wie werden meine Leistungs- und Abrechnungsdaten bei meiner Krankenkasse verarbeitet?

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten wie bei jedem anderen Patienten nach den Grundsätzen der §§ 295, 295 Abs. 1b, 295a SGB V behandelt.

4 Wer ist der Empfänger meiner Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein.

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

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den/die nachfolgend aufgeführten Datenschutzbeauftragten der teilnehmenden Krankenkassen oder der KV RLP:

- KV RLP: Datenschutzbeauftragter, Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz, E-Mail: datenschutz@kv-rlp.de ,
- BKK Landesverband Mitte, Datenschutzbeauftragte/r, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover, Tel: 0511/348440, Fax: 0511/34844119, E-Mail: datenschutz@bkkmitte.de
- **Ersatzkassen:**
 - **Techniker Krankenkasse:** Datenschutzbeauftragter, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; E-Mail: datenschutz@tk.de
 - **BARMER** Datenschutzbeauftragter, Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal, E-Mail: datenschutz@barmer.de
 - **DAK-Gesundheit** - Beauftragte für den Datenschutz, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg, E-Mail: datenschutz@dak.de
 - **KKH Kaufmännische Krankenkasse**, Beauftragter für den Datenschutz, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail-Adresse: datenschutz@kkh.de
 - **hkk** - Datenschutzbeauftragter, Martinistraße 26, 28195 Bremen, E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de
 - **HEK-Hanseatische Krankenkasse**, Datenschutzbeauftragter, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg; E-Mail: datenschutz@hek.de
- **KNAPPSCHAFT:** Datenschutzbeauftragter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Wasserturm 215, 44781 Bochum, Tel: 0234/3040, Fax: 0234/30483990, E-Mail: datenschutz@kbs.de

- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse: Datenschutzbeauftragte, Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel, E-Mail: 120_DS_PF@svlfg.de
- IKK Südwest, Datenschutzbeauftragter, Europaallee 3-4, 66113 Saarbrücken, E-Mail: Datenschutz@ikk-sw.de;

II. Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten/Ärztinnensinnvoll. **Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten/Ärztinnen ausgetauscht werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.**

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 Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm.

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

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

Weitere Informationen zu den Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder Sie finden entsprechende Kontaktdaten auf der Website des BKK Landesverbandes Mitte unter dem Link:

www.bkkmitte.de/krankenversicherung-und-pflege/selektive-vertraege-und-regionale-vertragsarbeitsgemeinschaften.html oder auf dem Internetauftritt bzw. in der Mitgliederzeitschrift Ihrer BKK.

2. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für Betroffene das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

- Die Kontaktdaten der für die Betriebskrankenkasse zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde entnehmen Sie bitte ebenfalls der Website des BKK Landesverbandes Mitte unter dem Link: www.bkkmitte.de/krankenversicherung-und-pflege/selektive-vertraege-und-regionale-vertragsarbeitsgemeinschaften.html oder dem Internetauftritt bzw. der Mitgliederzeitschrift Ihrer BKK.
- Für Mitgliedschaften des vdek (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK), die KNAPPSCHAFT und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse: Die Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de
- Versicherte der IKK Südwest können sich an das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland (Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken, E-Mail: poststelle@datenschutz.saarland.de) wenden