

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<b>BKK VerbundPlus</b>		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Teilnahmeerklärung**

an der Vereinbarung zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen gem. § 140a SGB V

Verteiler:

- Info an die BKK VerbundPlus
- Bestandteil der Patientendokumentation der Arztpraxis
- Ausfertigung Patient

Tag der Voruntersuchung: \_\_\_\_\_

Tag des Eingriffes: \_\_\_\_\_

**1. Teilnahmeerklärung**  
**Hiermit erkläre ich, dass**

- ich bei der BKK VerbundPlus versichert bin.
- ich das Informationsblatt für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Facharzt zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen ist.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am Facharztvertrag freiwillig ist und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der BKK VerbundPlus **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die BKK.
- mein Facharzt bei meiner Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik und alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der fachärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Beendigung der operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Im Fall der Heilung endet die Teilnahme am Betreuungsprogramm mit Beendigung der Behandlung automatisch, ggf. auch vor Ablauf des Jahres. Meinen gewählten Facharzt kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.

**2. Einwilligung in die besondere ärztliche Behandlung**

Der Arzt hat mich in einem persönlichen Gespräch ausführlich über alle relevanten Aspekte der o.g. Behandlung sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer solchen Behandlung informiert. Es ist mir bewusst, dass die o.g. Behandlung nach diesem Vertrag nur erfolgen kann, wenn diesbezüglich eine Einwilligung erfolgt.

**3. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Die von meiner Krankenkasse und in der Versicherteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen dieser Behandlung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein gewählter Facharzt zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung der Behandlung im Rahmen dieser Vereinbarung im erforderlichen Umfang mit der BKK VerbundPlus und anderen Vertragsärzten verarbeiten und nutzen darf.

**Ich bin darüber belehrt worden, dass**

- sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen dieser Behandlung erteile, eine Teilnahme an dieser Vereinbarung nicht möglich ist.
- ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Eine weitere Teilnahme an dieser Vereinbarung ist nach einem Widerruf dann nicht mehr möglich.

**Ja, ich möchte** an der Behandlung und Betreuung von Versicherten zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen **teilnehmen**.  
**Ja, ich willige in die besondere ärztliche Behandlung ein.**  
**Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieses Vertrages einverstanden.**

- nur vom Versicherten (bzw. gesetzliche Vertreter ) auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

- nur vom Arzt auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an der Behandlung zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen erfüllt.

## **Informationsblatt für Versicherte**

zur Teilnahme an der Vereinbarung zur Erbringung einer operativen oder speziellen angiologischen Behandlung von Varizenerkrankungen gem. § 140a SGB V

### **Was beinhaltet die Vereinbarung?**

Hierbei handelt es sich um besondere Leistungen im Bereich der Versorgung von Gefäßerkrankungen. Ziel der Therapie ist die Vermeidung der Ausbildung fortgeschrittener Stadien venöser Erkrankungen und chronische Hauterkrankungen mit besonders hohem Pflege- und Versorgungsbedarf. Durch die vertraglich vorgesehene leitliniengerechte Behandlung wird die ambulante bzw. stationsersetzende patientenschonende Versorgung optimiert und verbessert. Die Behandlung umfasst dabei die Durchführung des Eingriffs sowie alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der Vor- und Nachbetreuung, bei operativer Behandlung soweit medizinisch notwendig auch eine kurzzeitige Übernachtung, den Verbandwechsel und die Wundversorgung. Damit ist eine qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten gewährleistet.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei der BKK VerbundPlus versichert,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme an der Vereinbarung und ihre Einwilligung zur zweckgebundenen Übermittlung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten im Rahmen dieser Behandlung.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre BKK umgehend.

### **Informationen zur Datenverarbeitung durch die BKK VerbundPlus**

Die BKK VerbundPlus verarbeitet Ihre Daten im Rahmen der Aufgaben, welche sich aus dem SGB ergeben. Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus § 284 SGB V.

### **Datenkategorien und Datenherkunft:**

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

### **Empfänger:**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB oder anderer Rechtsvorschriften regelmäßig an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, den Leistungserbringer/Vertragsarzt und die BKK VerbundPlus zum Zwecke der Abrechnung der Vertragsleistungen.

**Dauer der Speicherung:**

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGBXI) nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB gespeichert und anschließend gelöscht.

**Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung:**

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie haben ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-verbundplus.de/datenschutz](http://www.bkk-verbundplus.de/datenschutz).

**Verantwortlicher:**

BKK VerbundPlus  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach  
Telefon: (07351) 18 24 - 0  
E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden.

**Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

BKK VerbundPlus  
Beauftragter für den Datenschutz  
Hindenburgring 15  
89077 Ulm  
[datenschutz@bkkvp.de](mailto:datenschutz@bkkvp.de)

**Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:**

Nach Art. 77 DS-GVO i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für die BKK VerbundPlus zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Husarenstr. 30  
53117 Bonn  
Telefon: +49 (0)228-997799-0  
Fax : +49 (0)228-997799-5550  
E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)