

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

## Anlage 1

zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und dem BKK Landesverband Mitte

### Teilnahmeerklärung des Patienten

#### **am BKK-Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebs-Vorsorgeverfahrens in Sachsen-Anhalt**

Hiermit erkläre ich, dass mich mein Arzt über den BKK-Vertrag „Hautkrebs-Vorsorgeverfahren“ informiert hat, und ich an der besonderen Versorgung teilnehmen möchte.

Ich verpflichte mich, nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung des Hautkrebsvorsorgeverfahrens berechtigten Fachärzte aufzusuchen und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme am Vertrag freiwillig ist.
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe dieser Erklärung gegenüber meiner BKK ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine BKK.
- ich meine Teilnahme danach frühestens zum Ablauf eines Jahres gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann und dann zum Ende des Quartals aus der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag ausscheide.
- meine Teilnahme endet, wenn meine Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Betriebskrankenkasse endet.
- meine Teilnahme endet, wenn meine Betriebskrankenkasse nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt.

#### **Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach dem Vertrag erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Insbesondere ist mir bekannt, dass bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben. An den BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover dürfen nur anonymisierte Daten zur statistischen Auswertung übermittelt werden.

Ich bestätige, dass ich diese Teilnahmeerklärung im Original erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Stempel des Arztes