

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

KKH

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an:
 KKH Kaufmännische Krankenkasse,
 30125 Hannover

Vertragskennzeichen:
 121882KK001

Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

I. Teilnahmeerklärung

1. Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer* aufgeklärt und habe hierzu schriftliche Informationen erhalten. Mit der Behandlung durch die an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Mit meiner Teilnahme bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Ich bin mit den geschilderten Abläufen und Bedingungen dieser Versorgung einverstanden, so wie sie in der beigefügten Versicherten- und Datenschutzinformation beschrieben sind.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Die Frist für den Widerruf beginnt, wenn ich von der KKH eine schriftliche oder elektronische Belehrung über mein Widerrufsrecht erhalten habe, jedoch frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Durch den Widerruf meiner Teilnahmeerklärung wird meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung rückwirkend beendet.

Den Widerruf können Sie schriftlich oder elektronisch unter Nutzung folgender Kontaktdaten vornehmen: **KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an service@kkh.de**

Ansonsten können Sie sich auch an jede Servicestelle der KKH zwecks Niederschrift der oben angegebenen Anliegen wenden.

2. Kündigung und Beendigung der weiteren Teilnahme

Darüber hinaus habe ich auch nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit, meine Teilnahme an dieser Versorgung nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zu kündigen oder ausnahmsweise außerordentlich mit sofortiger Wirkung zu kündigen, falls ein wichtiger Grund hierfür besteht. Ich kann meine Kündigungserklärung schriftlich oder elektronisch an meine KKH schicken: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an service@kkh.de. Darüber hinaus kann ich mich zur Niederschrift an meine KKH Servicestelle wenden.

Außerhalb der vorgesehenen Kündigungsfristen kann ich meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund außerordentlich kündigen.

*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

In diesem Fall wird meine Teilnahme mit sofortiger Wirkung beendet. Ein solcher wichtiger Grund liegt z. B. in folgenden Fällen vor:

- Mein Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden.
- Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer ist nachhaltig gestört.
- Ich kann einen an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels, nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Der Widerruf meiner Teilnahmeerklärung oder die Kündigung meiner Teilnahme hat zur Folge, dass ich nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Darüber hinaus entstehen für mich jedoch keine Nachteile und ich werde in allen Angelegenheiten von meiner KKH weiterhin so gut betreut wie zuvor.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

3. Bindung während der Teilnahmezeit

Während der Teilnahmezeit an diesem Vertrag bin ich für die Behandlung meiner Erkrankung bis zum Behandlungsende an die teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Behandlungserfolg durch eine aktive Mitwirkung selbst steuern kann. Sofern ich zu der erforderlichen Mitwirkung an der Therapie nicht bereit bin oder zur Behandlung meiner Erkrankung ohne Absprache ärztliche Leistungserbringer außerhalb dieser Versorgung in Anspruch nehme, kann ich von der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, kann ich ggf. auch mit Mehrkosten belastet werden, die hierdurch entstehen. Ansonsten ist die reguläre Teilnahme für mich kostenfrei und wird mir von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Für meine sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich meine Ärzte weiterhin frei wählen. Auch liegt eine unberechtigte Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern außerhalb dieser Versorgung nicht vor, wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige oder durch den teilnehmenden Leistungserbringer an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werde.

II. Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Ich habe mit der beigefügten Versicherteninformation zum Datenschutz schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine personenbezogenen Daten für die Durchführung dieser Versorgung verarbeitet werden. Diese Information habe ich zur Kenntnis genommen, bin mit den dort beschriebenen Abläufen einverstanden und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im geschilderten erforderlichen Umfang ein.

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation zum Datenschutz). Die freiwillige Einwilligung in die beschriebene Verarbeitung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot, da den beteiligten Stellen die Durchführung dieser Versorgung ansonsten nicht möglich wäre. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Eingang meines Widerrufs nicht berührt.

Auch durch den Widerruf meiner Einwilligung in die Datenverarbeitung entstehen mir keine sonstigen Nachteile. Die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der Regelversorgung kann ich weiterhin in Anspruch nehmen.

Ich habe jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die dort über mich verarbeiteten personenbezogenen Daten einzusehen, abzurufen sowie die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung oder Löschung zu verlangen. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, so dass die Daten regelmäßig gelöscht werden, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenversicherung nicht mehr benötigt werden. Die näheren Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten ergeben sich aus der beigefügten Versicherteninformation zum Datenschutz.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten oder der gesetzlichen
Vertretungsperson

Vom einschreibenden Leistungserbringer auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum

Unterschrift, Stempel