

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



Vertragskennzeichen
120A1100022 (AOK BW, AOK ST, TK)
120A1400818 (GWQ ServicePlus)

Archivierung in der Arztpraxis

ENDO-EVE – Endometriose effektiv erkennen und koordiniert ganzheitlich behandeln

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich versichere, dass ich meine Angaben (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer) vollständig und richtig angegeben habe. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. In der „Information zum Versorgungsangebot“ wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“ und der „Information zum Versorgungsangebot“ einverstanden und habe diese Unterlagen in Kopie erhalten.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im "Merkblatt Kontaktdaten".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus wichtigem Grund erfolgen. Dieser wird in der "Versicherteninformation zur besonderen Versorgung" erläutert. Meine Teilnahme endet automatisch mit der vollständigen Erbringung der vorgesehenen Leistungen, wenn mein Versicherungsverhältnis endet, ich zu einer nicht beteiligten Krankenkasse wechsele oder ich meinen Mitwirkungspflichten im Rahmen der besonderen Versorgung auch nach wiederholter Rücksprache nicht nachkomme.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“ beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung meine hierfür erforderlichen Routinedaten (vgl. Konkretisierung in der Versicherteninformation) pseudonymisiert an die auswertenden Stellen (vgl. Versicherteninformation) übermittelt und diese dort verarbeitet werden. Dies gilt auch für den Fall eines etwaigen Widerrufs der Teilnahme. Verantwortlich für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen aller digitalen Anwendungen ist die Koordinierende Stelle (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; vgl. Konkretisierung in der Versicherteninformation).

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragten Einrichtung übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart; Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im "Merkblatt Kontaktdaten". Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Teilnahme (siehe Ziffer I) und erteile die Einwilligung in die Datenverarbeitung (siehe Ziffer II) im Rahmen der besonderen Versorgung von ENDO-EVE.

Datum, Unterschrift der Versicherten	Stempel der medizinischen Einrichtung
--------------------------------------	---------------------------------------

Versicherteninformation zur besonderen Versorgung

I. Informationen zur Teilnahme an ENDO-EVE

In der "Information zum Versorgungsangebot für Versicherte" finden Sie ausführliche Informationen, wie beispielsweise Details zum Programmablauf und Voraussetzungen zur Teilnahme. Bitte lesen Sie diese sorgfältig.

So können Sie teilnehmen I Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der "Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung".

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen I Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich (per Brief), elektronisch (per App, E-Mail oder online in einem Kontaktformular Ihrer Krankenkasse) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse. Die Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse finden Sie im "Merkblatt Kontaktdaten".

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist I Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der "Information zu diesem Versorgungsangebot") an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, online oder E-Mail). Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DSGVO I Weitergehende Informationen zum Datenschutz bei Ihrer Krankenkasse erhalten Sie online auf der Website oder in der App Ihrer Krankenkasse. Sie können die oder den Datenschutzbeauftragte/-n Ihrer Krankenkasse auch postalisch erreichen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung im Projekt im Sinne der EU-DSGVO ist die Koordinierende Stelle (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). Ihre Krankenkasse ist verantwortlich für die Datenverarbeitung der Abrechnungsdaten für die gesundheitsökonomische Evaluation gemäß Datensatzbeschreibung auf Basis des von der Vertrauensstelle der Universität Halle (Saale) zur Verfügung gestellten Teilnahmeverzeichnisses. Die Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse sowie die Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse finden Sie im "Merkblatt Kontaktdaten". Sofern Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit oder bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde des Landes (Art. 77 DSGVO) - die Kontaktangaben finden Sie im "Merkblatt Kontaktdaten".

Umgang mit Ihren Daten I Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V und § 92a Abs. 1 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist.

Datenverarbeitung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ENDO-EVE I Folgende Daten werden zum Zweck der Teilnahme an das für Sie zuständige Endometriosezentrum weitergeleitet: Stammdaten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Vertragsdaten und der Teilnahmebeginn.

Datenverarbeitung zum Zweck der Qualitätssicherung I Ihre Krankenkasse prüft laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit pseudonymisierten Daten, z.B. für **Plausibilitätsprüfungen**: Eingehende Leistungsdaten (z. B. Abrechnungen von Ärzt:innen und Kliniken) werden auf logische Fehler, Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft. Die Datenschutzgesetze werden dabei vollständig eingehalten.

Datenübermittlung an die koordinierende Stelle I Zum Zwecke der Leistungserbringung (Befunderhebung, Terminierung im Endometriosezentrum) und Koordinierung werden Stammdaten (Name, Vorname, KV-Nummer) von der behandelnden Praxis an das Datenintegrationszentrum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle) übermittelt. Diese Stelle sendet die Daten an das von Ihnen gewählte Endometriosezentrum. Verantwortlich für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen aller digitalen Anwendungen ist die Koordinierende Stelle (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg).

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung | Zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung dieser Versorgung ist es nach § 92 a Abs. 1 Satz 3 SGB V notwendig, dass Ihre Krankenkasse Ihre Daten pseudonymisiert an die Vertrauensstelle Datenintegrationszentrum der Universitätsklinikum Halle, Ernst-Grube Straße 40, 06120 Halle (Saale) übermittelt. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Schlüssel anstelle eines Namens, einer Versichertennummer oder eines anderen Identifikationsmerkmals für jede Person hinterlegt wird und nur dieser Schlüssel an die Stelle übermittelt wird, an der die Daten zur wissenschaftlichen Begleitung angenommen werden (Vertrauensstelle).

Die Vertrauensstelle übermittelt die entsprechenden Daten an das evaluierende Institut für Versorgungsforschung und technische Orthopädie, Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im DIAKOVERE Annastift, Anna-von-Borries-Str. 1-7, 30625 Hannover. Weder die Vertrauensstelle noch das evaluierende Institut kann bei der Auswertung Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen. Für die wissenschaftliche Begleitung werden folgende Datenkategorien rückwirkend bis zu acht Jahre in die Vergangenheit verarbeitet: Vertrags-, sowie Gesundheitsdaten (Alter in 5-Jahres-Altersgruppen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses, Staatsangehörigkeit, ambulante Falldaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert, dokumentierte Leistungen, stationäre Daten, z. B. Operations- und Prozedurenschlüssel sowie DRG, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Arzneimittelverordnungen, Daten aus Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Heilmittel, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Daten über erbrachte und erstattete Haushaltshilfe, Daten zur Rehabilitation).

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Kassenärztliche Vereinigungen | Die Abrechnung der ärztlich erbrachten Leistungen erfolgt im Regelfall nicht direkt über die Krankenkassen. Die Ärzte übermitteln ihre Abrechnungsunterlagen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung erfolgt auf Grundlage von § 295a SGB V. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten (Vorname, Nachname, KV-Nummer, Fallzahl, Versichertenstatus, kassenspezifische Vergütung) an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung für Zwecke der erbrachten Leistungen durch Endometriosezentren | Sofern eine Gesundheitsleistung stattgefunden hat, übermitteln die teilnehmenden Endometriosezentren zu Transparenzzwecken der erbrachten Leistungen, gemäß den Vorgaben von § 301 SGB V folgende Daten an Ihre Krankenkasse: Vorname, Nachname, KV-Nummer, Art der Leistung, Anzahl, Betrag.

Datenspeicherung und Datenlöschung (Art. 13 Abs. 2a DSGVO) | Die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung der Behandlung. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V i.V.m. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) DSGVO erlaubt, sofern eine Einwilligung erfolgt. Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung sowie der Einwilligung zur Datenverarbeitung wird die Einwilligung erklärt. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten noch so lange gespeichert, wie es für die Abrechnung erforderlich ist bzw. soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen oder für die Weiterentwicklung und Verbesserung unserer Dienste noch benötigt werden. Ihre Daten sind in sicheren Händen und werden in höchstem Maße geschützt. Alle Krankenkassen haben das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) zu wahren. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend, mindestens sechs Jahre, spätestens zehn Jahre nach regulärem Teilnahmeende, gelöscht.

Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten? | Nachfolgend erhalten Sie weitere Hinweise über die Verarbeitung Ihrer Daten in der besonderen Versorgung ENDO-EVE und die damit zusammenhängenden Rechte gem. der DSGVO.

Die von den behandelnden Einrichtungen und der Krankenkasse im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten werden außerhalb dieses Vertrags nicht an andere Personen, Behörden oder staatliche Stellen weitergegeben, sofern keine gesetzlichen Verpflichtungen dazu bestehen. Alle am Vertrag Beteiligten sind dazu verpflichtet, die Daten der Teilnehmenden vertraulich zu behandeln. Die für die Datenverarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a, b, c und d SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) sowie nach der DSGVO müssen stets eingehalten werden.

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu. | Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO in Verb. mit § 83 SGB X); Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO in Verb. mit § 84 SGB X); Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO in Verb. mit § 84 SGB X); Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO in Verb. mit § 84 SGB X); Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO in Verb. mit § 84 SGB X); Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO); bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Hier erfahren Sie mehr | Weitere Informationen über die besondere Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und bei Ihrer Krankenkasse. Die Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse finden Sie im "Merkblatt Kontaktdaten".