

Anlage 1a

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



Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung eines ergänzenden
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens
Nach §140a SGB V zwischen der Kassenärztlichen
Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)
und dem BKK LV Mitte

Vertragskennzeichen: 12088400021

Bitte per Telefax oder Post an die zuständige BKK leiten!

Ja, ich möchte an der Besonderen Versorgung zur Hautkrebsvorsorge teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Betriebskrankenkasse übermittelt.

Ich wurde informiert

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot bis zum Ablauf des auf das Kalenderjahr der ersten Leistungsanspruchnahme folgenden Kalenderjahres sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

- Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.
- Die BKK behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

So können Sie teilnehmen

- Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner BKK widerrufen werden.** Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

- Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.
- Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Ärzte die Daten Name, Vorname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

- Die Patienteninformation zum Vertrag sowie nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich ebenfalls erhalten und erkläre mich mit ihren Inhalten einverstanden.

Belehrung über Widerrufsrecht

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

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Stempel ärztliche Einrichtung

Unterschrift Arzt