

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

## Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung der AOK Sachsen-Anhalt

gültig seit:

Vertragskennzeichen (11-stellig)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert bin.
- ich die Versicherteninformation zur Teilnahme an der besonderen Versorgung erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde und dazu ausführliche Informationen erhalten habe.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Arzt ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die **Teilnahme** am Vertrag **freiwillig** ist und mit meiner **Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt**.
- **ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK Sachsen-Anhalt.**

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Widerrufsmöglichkeit

Die in der Versicherteninformation beschriebenen Regelungen zur Verarbeitung (Erhebung und Nutzung) meiner Daten auf Grundlage des Vertrages habe **ich zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein**. Weiter ist mir bekannt, dass die beteiligten Ärzte, die jeweils von Ihnen erhobenen Daten zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang verarbeiten und dabei die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht, dem Sozialgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben.

**Sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile, ist eine Teilnahme am Vertrag nicht möglich. Ich kann eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Eine zukünftige Teilnahme ist dann leider nicht mehr möglich.**

**Ja**, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung meiner Daten zu Evaluationszwecken einverstanden. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist davon unberührt.

**Ja, ich möchte** an dieser besonderen Versorgungsform unter **Verarbeitung meiner Daten** im erforderlichen Umfang durch die Vertragspartner **teilnehmen** und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

- nur vom Versicherten (ggf. Betreuer) auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

- nur vom Arzt auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllt.