

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

Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz nach § 140a SGB V

gültig seit: 01-01-2024

Vertragskennzeichen (11-stellig)

1	2	0	8	8	1	1	1	1	3	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**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**.
- mein Arzt im Rahmen der besonderen Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik sowie alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der ärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme, der Beendigung der im Vertrag genannten Behandlung sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Nach Abschluss der Behandlung endet die Teilnahme automatisch, ggf. auch vor Ablauf der Bindungsfrist. Meinen gewählten Facharzt kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.
- eine Evaluation des Vertrages auf Grundlage von ano- bzw. pseudonymisierten Daten und damit ohne Personenbezug erfolgen kann, um die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung zu messen.

**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.



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

Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz nach § 140a SGB V

gültig seit: 01-01-2024

Vertragskennzeichen (11-stellig)

1 2 0 8 8 1 1 1 1 3 9

**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**.
- mein Arzt im Rahmen der besonderen Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik sowie alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der ärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme, der Beendigung der im Vertrag genannten Behandlung sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Nach Abschluss der Behandlung endet die Teilnahme automatisch, ggf. auch vor Ablauf der Bindungsfrist. Meinen gewählten Facharzt kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.
- eine Evaluation des Vertrages auf Grundlage von ano- bzw. pseudonymisierten Daten und damit ohne Personenbezug erfolgen kann, um die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung zu messen.

**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 Einschreibebedingungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllt.



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

Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz nach § 140a SGB V

gültig seit: 01-01-2024

Vertragskennzeichen (11-stellig)

1 2 0 8 8 1 1 1 1 3 9

**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**.
- mein Arzt im Rahmen der besonderen Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik sowie alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der ärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme, der Beendigung der im Vertrag genannten Behandlung sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Nach Abschluss der Behandlung endet die Teilnahme automatisch, ggf. auch vor Ablauf der Bindungsfrist. Meinen gewählten Facharzt kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.
- eine Evaluation des Vertrages auf Grundlage von ano- bzw. pseudonymisierten Daten und damit ohne Personenbezug erfolgen kann, um die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung zu messen.

**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 Einschreibebedingungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllt.



**Versicherteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung  
in der besonderen Versorgung  
gemäß §§ 140 a Absatz 4 und 5, 295 a Absatz 1 Satz 2 i. V. m. Art 13 und 14 DSGVO  
der AOK und ihrer Vertragspartner  
über den**

**Vertrag nach § 140a SGB V  
zur Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz**

**TEILNAHMEINFORMATION**

**1) Was beinhaltet die besondere Versorgung des o. g. Vertrages für mich als Versicherter?**

Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, Ihnen zu helfen, besser mit krankheitsbedingten chronischen Nierenproblemen umzugehen. Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Behandlungsprogramms. Insbesondere soll durch die medizinische Versorgung das Fortschreiten Ihrer Nierenerkrankung verzögert werden und damit Ihre Lebensqualität verbessern. Ihr betreuender Arzt wird Sie ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken. Die Behandlung erfolgt unter Beachtung gültiger Leitlinien für chronische Niereninsuffizienz.

**2) Teilnahmeveraussetzungen**

- Sie sind bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert.
- Ihr Krankheitsbild entspricht den Regelungsinhalten dieses Vertrages.
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken.
- Bei fehlender Mitwirkung kann eine Ausschreibung aus dem Programm erfolgen.
- Sie wählen einen am Programm teilnehmenden Arzt. Die Wahl eines weiteren teilnehmenden Behandlers ist nicht möglich.
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie zur Evaluation im Zusammenhang mit der gesetzlichen Verpflichtung § 140a Abs. 2 Satz 4 SGB V im Rahmen dieser Versorgung.

Ihre Teilnahme am Versorgungsprogramm ist freiwillig und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen für Sie kostenfrei. Sie können die Teilnahme am Vertrag innerhalb von 2 Wochen schriftlich oder elektronisch ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt widerrufen. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK Sachsen-Anhalt. Die Versorgung im Rahmen dieses Vertrages beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung und endet automatisch mit dem Abschluss der Behandlung.

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung.

**DATENVERARBEITUNG**

Informationen der Versicherten zur Datenverarbeitung durch die AOK Sachsen-Anhalt und ihrer Vertragspartner nach der Datenschutzgrundverordnung (im Weiteren DSGVO) und dem SGB V

Ihre Daten werden im Rahmen der vertraglichen Aufgaben der Vertragspartner (beteiligte Ärzte des Vereins der niedergelassenen Nephrologen Sachsen-Anhalt e. V., AOK Sachsen-Anhalt und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt) im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Wahrung der weiteren gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

**1) Datenkategorien und Datenherkunft**

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten im o. a. Vertrag:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

Darüber hinaus erfolgt die Datenverarbeitung zweckgebunden zur Qualitätssicherung des Vertrages und der daraus resultierenden Beratung/Unterstützung der Ärzte zu Umsetzungsfragen sowie zur gesetzlich geforderten Wirtschaftlichkeitsberechnung.

**2) Der Weg Ihrer Daten in der besonderen Versorgung**

**Datenübermittlungen zur Vertragsdurchführung und ärztlichen Leistungsabrechnung**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderer Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern: der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, beteiligte Ärzte des Vereins der niedergelassenen Nephrologen Sachsen-Anhalt e. V. und der AOK Sachsen-Anhalt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung der besonderen Vertragsleistungen.

Die besonderen Leistungen werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet. Dazu muss er nach Klärung Ihrer Teilnahmeberechnung eine Abrechnung erstellen. Ihr Behandler übermittelt gemäß § 295 a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten resultierend aus seiner Behandlung aus seinem Datenspeicher sicher verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (im Weiteren KVSA). Dort werden Ihre Teilnahme am besonderen Versorgungsprogramm und vertragliche Voraussetzungen geprüft. Anschließend übermittelt die KVSA ihrer Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und wiederrum verschlüsselt eine sogenannte Abrechnungsdatei mit Ihren Daten. Auf dieser Grundlage zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Arzt aus.

Während Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung werden folglich auf Grundlage Ihrer Einwilligung und den gesetzlichen Grundlagen Ihre personenbezogenen Daten auch Ihre Gesundheitsdaten, aus der ärztlichen Behandlung und Versorgung gesichert verarbeitet.

Diese Verarbeitung erfolgt zweckgebunden zur ordnungsgemäßen und qualitätsgesicherten Behandlung der besonderen Versorgung, ihrer vertragsgemäßen Durchführung und Abrechnung, sowie der erforderlichen ärztlichen Dokumentation der ärztlichen Behandlung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

### **3) Dauer der Speicherung**

Die Daten werden für die vertragliche Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), des ärztlichen Berufsrechts sowie nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und ggf. anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gespeichert und anschließend gelöscht.

### **4) Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung nach Art 13 und 14 DSGVO**

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann zukünftig nicht mehr möglich. Es bleibt bei der regulären fachärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben zudem unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X), ein Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art 15 Abs. 1 und 2 DSGVO i. V. m. § 83 SGBX), auf Löschung (Art 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X), Brichtigung (Art 16 Satz 1 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und auf Sperrung (Art 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84SGB X) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten in der Arztpraxis ist Ihr Arzt. Für die Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die KVSA, Doctor-Eisenbart-Ring 2 in 39120 Magdeburg, Tel. 0391 627-6000. Sie können sich wegen der dortigen Verarbeitung der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden (datenschutzbeauftragter@kvsa.de).

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstabe f) und h) i. V. m. Abs. 3 DSGVO und §§ 295, 295 a i. V. m. 140 a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle an der Verarbeitung Beteiligten sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt ebenfalls nur im gesetzlich zulässigen Umfang. Die verantwortliche Stelle bei Ihrer Krankenkasse, dessen Datenschutzbeauftragten und seine Kontaktdaten sind dieser Information zu entnehmen.

### **5) Wissenschaftliche Begleitung (Evaluation)**

Um stetig die besondere Versorgung qualitätsgesichert auf dem aktuellen Stand zu halten und weiterzuentwickeln, behalten sich die Vertragspartner vor, mittels einer wissenschaftlichen Auswertung den Therapieerfolg im Abgleich mit der Behandlung zu evaluieren. Grundsätzlich werden hierbei persönliche Daten pseudonymisiert, so dass ein Rückschluss auf Sie gesperrt ist. Dazu erklären Sie gesondert auf der Teilnahmeerklärung Ihre Einwilligung.

### **6) Verantwortlicher**

AOK Sachsen-Anhalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg,  
Telefon-Nr. 0800/226 57 26,  
service@san.aok.de, www.san.aok.de

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden.

### **7) Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der AOK Sachsen-Anhalt**

AOK Sachsen-Anhalt  
Beauftragter für den Datenschutz  
39084 Magdeburg  
datenschutz@san.aok.de

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/san/datenschutzrechte](http://aok.de/san/datenschutzrechte)

### **8) Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Nach Art. 77 DSGVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift für die Datenschutzaufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Leiterstraße 9 in 39104 Magdeburg oder Postfach 19 47 in 39009 Magdeburg, Tel. 0391 818030.