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

Besondere Versorgung

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Nordrhein

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Original verbleibt in der Arztpraxis (Praxisdokumentation)

Teilnahmeerklärung

1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch. Eine Kündigung ist danach mit einer Frist von vier Wochen möglich. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z.B. bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meiner mich betreuenden Ärztin/meines mich betreuenden Arztes vor.
Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die Krankenkasse mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt oder der Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ich bestätige die Einschreibung des Patienten in den Vertrag Begleiterkrankung des Diabetes mellitus über die KV Nordrhein (KVNO).	Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters
✘	✘
_____	_____
Datum, **Stempel, Unterschrift des Arztes**	Datum, **Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters**

Besondere Versorgung

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Nordrhein

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren.

Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen.

Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen.

Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der diabetischen Nervenschädigung (Neuropathie),
- der Gefäßschädigung (Angiopathie),
- der Störung der Harnblasenentleerung (neurogene Blase bzw. Blasenatonie),
- der Schädigung der Leber (Diabetesleber), sowie
- der chronischen Nierenkrankheit (Niereninsuffizienz).

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Im Rahmen dieser Versorgung sind Sie für die Dauer Ihrer Teilnahme verpflichtet, ausschließlich die vertraglich vereinbarten Leistungen bei den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen. Verstoßen Sie während Ihrer Teilnahme gegen diese Verpflichtung, sind bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen und Ihre Krankenkasse kann Sie von der weiteren Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausschließen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht in Notfällen vor.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage Ihrer Krankenkasse nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte anfordern.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Sie binden sich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Ihre Teilnahme können Sie spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber Ihrer Krankenkasse kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, können Sie Ihre Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).

Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch an Ihre Krankenkasse oder wenden Sie sich zur Niederschrift an Ihre Krankenkasse.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden.
Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Besondere Versorgung (BesV)

Vertrag zur Versorgung von Diabeteskomplikationen

Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt Ihre Krankenkasse die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) von Ihnen als Teilnehmer erhebt und über die **KV Nordrhein** an die Krankenkasse weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an Ihre Krankenkasse weiter.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage von § 140a SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Allgemeine Informationen Ihrer Krankenkasse zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie ***auf deren Homepage.***

Auf Wunsch sendet Ihnen Ihre Krankenkasse diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Graurheindorfer Str. 53, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de