Teilnahmeerklärung und
Einverständnis zur Datenverarbeitung

Hautkrebsvorsorge unter 35 Jahren

Original verbleibt in der Arztpraxis
(Praxisdokumentation)

↑ Versicherteninformation drucken! ↑

Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen Ihrer Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser „Besonderen Versorgung" bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der „Besonderen Versorgung" beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für zwei Jahre an die Teilnahme gebunden. Unabhängig davon besteht das jederzeitige Recht auf außerordentliche Kündigung. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, die an dieser „Besonderen Versorgung" teilnehmen. Eine erneute Teilnahme ist mir bis zum Ende des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:
Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse (vgl. vorgenannte Kontaktdaten). Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung" können nicht mehr in Anspruch genommen werden, aber für die weitere Behandlung meiner Erkrankung kann ich die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung" beanspruchen.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung nach § 140a SGB V

Durch die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:
Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift. 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 Vertrag teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung" beanspruchen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Teilnahme (1) und mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (2).

Bestätigung der Ärztin/des Arztes der Teilnahmevoraussetzungen zur Einschreibung des des/der Versicherten in den Vertrag	Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum, Stempel, Unterschrift **des Arztes/der Ärztin**	_____ Datum, Unterschrift **des Versicherten/gesetzlichen Vertreters**

Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Ihre Krankenkasse hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung" nach § 140a SGB V über die ergänzende Hautkrebsvorsorge geschlossen.

1. Informationen zur Teilnahme und zum Behandlungsangebot

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie an der „Besondere Versorgung" teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Falls Sie das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung Ihres Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters erforderlich. Haben Sie das 15. Lebensjahr jedoch noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet, kann der Arzt im Einzelfall die Einwilligung Ihres Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters gleichwohl verlangen.

Wir möchten Sie vor Ihrer Entscheidung zur Teilnahme und vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung ausführlich über die Vertragsinhalte und die Datenverarbeitung informieren. Bitte lesen Sie diese Versicherteninformation sorgfältig durch.

Bitte beachten Sie, dass nach Ihrer Teilnahmeerklärung ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an dieser „Besonderen Versorgung" lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten* zustande kommt.

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Ihre Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie an die Teilnahme für zwei Jahre gebunden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie Ihre Teilnahme außerordentlich schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse kündigen, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen. Eine erneute Teilnahme ist Ihnen zum Ende des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung endet ebenfalls

- durch Ihre Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Teilnahmejahres,
- mit der Beendigung des Vertrages,
- mit dem Ende der Versicherung bei der Krankenkasse,
- bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse,
- bei fehlender Mitwirkung oder mit Abschluss der Behandlung,
- mit Vollendung des 35. Lebensjahr.

Allgemeine Ziele und Inhalte des Vertrages

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten. Zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Daher verfolgen Ihre Krankenkasse und die KV Nordrhein, vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens, das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen. Gezielte Früherkennungsuntersuchungen, wie Schulungen zur allgemeinen Prävention, eine gezielte Sensibilisierung zur Sonneneinstrahlung sowie eine vollumfängliche Untersuchung des Körpers werden durchgeführt, um Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen.

2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung (Erklärung) wird von Ihrem gewählten Arzt in der Praxisdokumentation aufgenommen und für die gesetzlich vorgegebene Dauer archiviert. Durch Unterzeichnung der Erklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der „Besonderen Versorgung" teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme anderer Ärzte kann Ihre Krankenkasse Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der „Besonderen Versorgung", wenn Sie bei einer an dem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind. Mit der Teilnahme sind Sie zur Mitwirkung (beispielsweise Durchführung der Hauttypbestimmung durch den Arzt) verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann Ihre Krankenkasse die Beendigung der Teilnahme entscheiden.

Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Leistungsvergütung erhält, muss die Arztpraxis eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt hat die KV Nordrhein mit der Abrechnung gem. § 295a Abs. 2 SGB V beauftragt. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg verschlüsselt über die KV Nordrhein an Ihre

Krankenkasse übermittelt. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft. Auf Grundlage dessen zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an den Arzt.

Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Vorname und Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse;
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Gesundheitskarte, Kassenkennzeichen;
- Teilnahmedaten, Behandlungszeitraum, Behandlungsart, Diagnosen nach ICD 10 für jeden Behandlungstag mit Angabe des Datums, Unfallkennzeichen;
- Gebührenposition mit Betrag, Zuzahlungsbetrag, Zuzahlungskennzeichen, Rechnungsbetrag.

Die teilnehmenden Ärzte gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Krankenkasse

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verb. mit § 140a Abs. 5 SGB V erhoben, verarbeitet und zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung in anonymisierter Form verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person vorgenommen werden. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

Ihre Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Kontaktangaben der KRANKENKASSE

Bei Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung oder bei einem Widerruf wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO in Verb. mit § 81 SGB X besteht für Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Beschwerden richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in der Graurheindorfer Straße 153 in 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

*Soweit in diesem Dokument personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, wird diese Form verallgemeinernd zur besseren Übersichtlichkeit/Lesbarkeit des Textes verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter.