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

Original an Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten aushändigen.

Vertragsarztstempel

Vertragskennzeichen 171A1561001

Teilnahme- und Einverständniserklärung

zu dem Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag zwischen der IKK classic.

Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes nicht von der IKK classic übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende.

Erklärung der Patientin / des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 140a SGB V gegenüber der IKK classic, für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen oder andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin bestätige ich, dass ich die o. g. homöopathische Ärztin / den o.g. homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag gewählt habe.

Ich war zuvor bei folgender Ärztin / folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, wenn zutreffend.)

_____

Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten

IKK classic

Hinweise zum Datenschutz bei Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag für Versicherte der IKK classic

Zur Leistungserbringung ist im Rahmen der Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten, Information

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und sonstige Dritte, wie z.B. Abrechnungsdienstleister) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Teilnahmebeginn, evtl. Teilnahmeende und Beendigungsgrund und ggf. Abrechnungsziffer der erbrachten Leistung und ihr Wert) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister weitergegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden - sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht, sofern dies zur Behandlung im Rahmen dieser Versorgung förderlich ist.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst eingesehen werden können.

Widerruf der Einwilligung

Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung können Sie nicht am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie teilnehmen. Ferner können Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Belehrung zu Ihren Datenschutzrechten nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sie haben das gesetzliche Recht auf **Auskunft** zu Ihren im Rahmen der Versorgung verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO) und **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X).

Für die Teilnahme am Vertrag erfolgt die weitere Verarbeitung durch die von den Leistungserbringern/Ärzten und von der IKK classic beauftragten Abrechnungs- und Rechenzentren. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an die

IKK classic, Herrn Jörn Gerber
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

als verantwortliche Stelle wenden oder gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

beschweren. Beschwerden über die Abrechnungs- und Rechenzentren richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde im Bundesland des Vertragspartners. Die entsprechenden Kontaktdaten teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a) sowie 9 Abs. 2 Buchstaben a) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO sowie § 140a in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a SGB V.

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) nicht mehr benötigt werden.

IKK classic