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

Zum Verbleib in der Praxis.

Vertrags-Kennzeichen:
121382KK011

Besondere Versorgung

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration nach § 140a SGB V

I. Teilnahmeerklärung

1. Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer* (Augenarzt) aufgeklärt und habe hierzu schriftliche Informationen erhalten. Mit der Behandlung durch die an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Ich bin mit den geschilderten Abläufen und Bedingungen dieser Versorgung einverstanden, so wie sie in der beigefügten Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot beschrieben sind.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe bei der KKH ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Die Frist für den Widerruf beginnt, wenn ich von der KKH eine schriftliche oder elektronische Belehrung über mein Widerrufsrecht erhalten habe, jedoch frühstens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der beigefügten Versicherteninformation. Durch den Widerruf meiner Teilnahmeerklärung wird meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung rückwirkend beendet.

2. Kündigung und Beendigung der weiteren Teilnahme

Darüber hinaus habe ich auch nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit, meine Teilnahme an dieser Versorgung innerhalb der Kündigungsfristen (Die Frist beträgt vier Wochen zum Ende des jeweiligen Teilnahmejahres) zu kündigen oder ausnahmsweise außerordentlich mit sofortiger Wirkung zu kündigen, falls ein wichtiger Grund hierfür besteht.

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit meiner Einschreibung. Die Teilnahme endet außerhalb der (außerordentlichen) Kündigung

- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung
- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Ende dieses Vertrages.

Außerhalb der vorgesehenen Kündigungsfristen kann ich meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund außerordentlich kündigen. In diesem Fall wird meine Teilnahme mit sofortiger Wirkung beendet. Ein solcher wichtiger Grund liegt z. B. in folgenden Fällen vor:

- Mein Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden.
- Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer ist nachhaltig gestört.
- Ich kann einen an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels, nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Der Widerruf meiner Teilnahmeerklärung oder die Kündigung meiner Teilnahme hat zur Folge, dass ich nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Darüber hinaus entstehen für mich jedoch keine Nachteile und ich werde in allen Angelegenheiten von meiner KKH weiterhin so gut betreut wie zuvor.

3. Bindung während der Teilnahmezeit

Während der Teilnahmezeit an diesem Vertrag bin ich für die Behandlung meiner Erkrankung bis zum Behandlungsende an die teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Die Teilnahme verlängert sich automatisch am Ende eines Teilnahmejahres um ein weiteres Jahr, sofern diese nicht gekündigt wird und die Teilnahmevoraussetzungen weiter erfüllt sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Behandlungserfolg durch eine aktive Mitwirkung selbst steuern kann. Sofern ich zu der erforderlichen Mitwirkung an der Therapie nicht bereit bin oder zur Behandlung meiner Erkrankung ohne Absprache ärztliche Leistungserbringer außerhalb dieser Versorgung in Anspruch nehme, kann ich von der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, kann ich ggf. auch mit Mehrkosten belastet werden, die hierdurch entstehen. Ansonsten ist die reguläre Teilnahme für mich kostenfrei und wird mir von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Für meine sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich meine Ärzte weiterhin frei wählen. Auch liegt eine unberechtigte Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern außerhalb dieser Versorgung nicht vor, wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige oder durch den teilnehmenden Leistungserbringer an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werde.

Bei Vertragsende, Widerruf der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die Datenverarbeitung sowie berechtigter fristloser Kündigung durch mich, werden meine betroffenen personenbezogenen Daten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt, sobald sie für die Abwicklung des Vertrages nicht mehr benötigt werden. Ausgenommen davon sind Daten, die aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungsfristen nicht gelöscht werden dürfen und für den entsprechenden Zeitraum für die Löschung bzw. Anonymisierung gesperrt werden.

II. Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Ich habe mit der beigefügten Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine personenbezogenen Daten für die Durchführung dieser Versorgung verarbeitet werden. Diese Information habe ich zur Kenntnis genommen, bin mit den dort beschriebenen Abläufen einverstanden und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im geschilderten erforderlichen Umfang ein.

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung in die beschriebene Verarbeitung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot, da den beteiligten Stellen die Durchführung dieser Versorgung ansonsten nicht möglich wäre. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Eingang meines Widerrufs nicht berührt.

Auch durch den Widerruf meiner Einwilligung in die Datenverarbeitung entstehen mir keine sonstigen Nachteile. Die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der Regelversorgung kann ich weiterhin in Anspruch nehmen.

Ich habe jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die dort über mich verarbeiteten personenbezogenen Daten einzusehen, abzurufen sowie die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung oder Löschung zu verlangen. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, so dass die Daten regelmäßig gelöscht werden, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenversicherung nicht mehr benötigt werden. Jedoch ist die Teilnahmeerklärung im Original für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von derzeit 10 Jahren aufzubewahren. Alternativ kann die unterschriebene Teilnahmeerklärung zur elektronischen Archivierung eingescannt werden. Die Aufbewahrungsfrist beginnt, nachdem die in diesem Vertrag vereinbarte besondere Versorgung des jeweiligen teilnehmenden Versicherten abgeschlossen ist. Die Unterlagen sind in dieser Zeit gegen unbefugten Zugriff zu schützen. Nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht ist die KKH zur ordnungsgemäßen Vernichtung der Teilnahmeerklärung verpflichtet. Die näheren Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten ergeben sich aus der beigefügten Versicherteninformation.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

✕ _____	✕ _____
Datum	Unterschrift der/des Versicherten oder der gesetzlichen Vertretungsperson

Vom einschreibenden Leistungserbringer auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

_____	_____
Datum	Unterschrift, Stempel

Versicherteninformation

1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung

Mit diesem Angebot möchte Ihre Krankenkasse und die beteiligten Leistungserbringer dazu beitragen, die Qualität der Diagnostik und der Behandlung von Erkrankten an einer trockenen altersbedingten Makuladegeneration (AMD) zu verbessern. Bei der Behandlung stehen Sie als Patient im Mittelpunkt.

Das Angebot umfasst die Diagnostik einer möglichen Erkrankung der Makula sowie eine dauerhafte Beratung und Begleitung in Bezug auf Ihre AMD-Erkrankung. Ihr behandelnder Leistungserbringer nimmt sich Zeit für eine umfassende Eingangsuntersuchung und ausführliche Gespräche. Er berät und behandelt Sie wiederkehrend. Sie entscheiden gemeinsam, welche Maßnahmen für Sie geeignet sind.

Sie profitieren von einer umfassenden Beratung und Begleitung, die deutlich über das übliche Maß hinausgeht, und werden so in Ihren Therapie-Entscheidungen unterstützt. Regelmäßig tauschen Sie sich mit Ihrem Behandler aus. Ihre Termine erhalten Sie zeitnah, statt der üblichen Wartezeiten.

Im Rahmen dieses Programms erheben die Leistungserbringer Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht und dem gesetzlichen Datenschutz.

Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz in der Versicherteninformation für Sie näher erläutert.

Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist **freiwillig** und beginnt mit der Einschreibung in diesen Vertrag. Da es sich um ein längerfristig angelegtes Versorgungskonzept handelt, gilt Ihre Teilnahme vorerst für ein Jahr, verlängert sich aber fortlaufend automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie diese nicht kündigen und weiterhin die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Teilnahmejahres. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung wird hiervon nicht eingeschränkt.

Sie können Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen **innerhalb von zwei Wochen** nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gegenüber Ihrer Krankenkasse schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift **widerrufen**. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre Krankenkasse.

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z.B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden,
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer ist gestört
- Sie können Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an die Leistungserbringer gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an die Leistungserbringer gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Leistungserbringer an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

Wenn Sie dieses Angebot nutzen möchten, unterschreiben Sie bitte die Ihnen ausgehändigte Teilnahmeerklärung. Bitte senden Sie bzw. die Praxis Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung schriftlich oder elektronisch an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH-Servicestelle. Gleiches gilt für eine etwaige Kündigungserklärung, unter Einhaltung der Kündigungsfristen oder außerordentlich aus wichtigem Grund, sowie für einen etwaigen Widerruf Ihrer datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

Weitere Informationen zu dem Versorgungsangebot und den teilnehmenden Leistungserbringern finden Sie auf der Homepage der KKH unter kkh.de/tamd. Alternativ können Sie diese Informationen bei einer KKH-Servicestelle anfordern. Wir helfen Ihnen gern weiter.

2. Informationen zum Datenschutz

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass die am Vertrag beteiligten Stellen, die von diesen jeweils benötigten personenbezogenen Daten von Ihnen erheben und verarbeiten. Hierbei handelt es sich um Stammdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn und -ende, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten, die zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gehören (Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert in Euro, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach der internationalen Klassifikation: ICD-10).

Die Datenverarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, nachdem Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist, da die beteiligten Stellen diese Daten für die Durchführung der Versorgung im erforderlichen Umfang verarbeiten müssen.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchst. a und b sowie Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO in Verbindung mit §§ 140a, 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 sowie 295, 295a SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die einzelnen Verarbeitungstätigkeiten und ihre Zwecke werden nachfolgend beschrieben.

a) Verarbeitung personenbezogener Daten zur medizinischen Dokumentation / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer, Befunddaten und Therapieempfehlungen von Ihnen und speichern diese elektronisch in dem genutzten, praxisinternen System. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, diese während der weiteren Behandlung zu Behandlungszwecken zu nutzen. Alle beteiligten Leistungserbringer unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

b) Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung eingelesen, geprüft und gespeichert. Zur Übermittlung kann sich der Leistungserbringer eines Dienstleisters bedienen.

c) Verarbeitung personenbezogener Daten für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

d) Abschließende Datenschutzhinweise

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Hauptverwaltung Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten verarbeitet werden. Sie haben nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten Auskunft über Ihre dort verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 15 DSGVO) und bei Erfordernis die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie Übertragung der Daten (Art. 20 DSGVO) zu verlangen. Darüber hinaus haben Sie in besonderen Fällen ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO). Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Aufgrund Ihrer zuvor abgegebenen Einwilligung bleibt die bereits erfolgte Verarbeitung bis zum Eingang Ihres Widerrufs rechtmäßig (Art. 7 DSGVO).

Nach Beendigung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung (z. B. im Falle von Widerruf oder Kündigung oder nach regulärem Abschluss der Versorgung) werden Ihre aus diesem Vertrag erhobenen und gespeicherten Daten von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens jedoch 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die Fristen ergeben sich aus den für die Krankenkassen geltenden Bestimmungen, z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V und den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV). Eine darüberhinausgehende Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die für diesen Vertrag erhoben und gespeichert worden sind, erfolgt nach Ihrem Ausscheiden aus dieser Versorgung nicht mehr.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf oder Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: service@kkh.de.

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei Ihrer KKH erhalten Sie auf unserer Internetseite unter: www.kkh.de/datenschutz. Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Soweit Sie Zweifel daran haben, dass die KKH Ihre personenbezogenen Daten rechtmäßig verarbeitet, haben Sie das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht der KKH zu beschweren. Zuständig ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn oder poststelle@bfdi.bund.de.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@kkh.de. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Stand: 09/2025