

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)

für Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin

Vertragskennzeichen: 12072512002



Kontakt IKK BB:

Tel.: 030/2199 1341
Fax: 030/2199 1365
gesundheitsmm@ikkbb.de

Vertrag gemäß §140a SGB V zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre, dass ich an dem Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens teilnehme. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zum Datenschutzhinweise erhalten und kenne sie. Ich bestätige, dass ein gültiges Versicherungsverhältnis bei der IKK BB besteht und kein Leistungsruhen vorliegt. Ich verpflichte mich die in der Erläuterung näher beschriebenen Regeln einzuhalten. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der IKK BB widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

II. Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des Vertrages zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens umfassend informiert.

Zu I. **Ja**, ich habe die **Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation** erhalten und verstanden. Ich möchte an dem Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Zu II. **Ja**, ich habe die **Erläuterungen zur Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung** erhalten und bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Vertrages zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Name, Vorname der Mutter / des Vaters bzw. des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes

Ich bestätige, dass die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens erfüllt sind

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte das heutige Datum eintragen

lebenslange Arztnummer

Unterschrift und Stempel des Arztes

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Dokument auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Voraussetzungen für eine Teilnahme am Vertrag

- Sie sind bei der IKK Brandenburg und Berlin versichert.
- Mit Datum der Unterschrift besteht kein Leistungsruhen bei der IKK BB.
- Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme ist das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet

Wozu verpflichten Sie sich?

Mit Abgabe der unterschriebenen TE/EWE verpflichten Sie sich gegenüber der IKK BB, dass

- Sie die vertraglichen Leistungen nur durch teilnehmende Vertragsärzte in Anspruch nehmen.
- der behandelnde Arzt bei eintretendem Leistungsruhen sofort informiert wird. Erfolgt trotz bestehenden Leistungsruhens eine Behandlung werden die Behandlungskosten nicht von der IKK BB übernommen und durch den Arzt privat berechnet.
- Sie Änderungen Ihres Versicherungsverhältnisses oder Ihres Wohnsitzes mitteilen.

Beginn und Ende der Teilnahme, Widerrufsbelehrung

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Datum Ihrer Unterschrift auf der TE/EWE.

Ihre Teilnahme endet

- nach Erhalt der in diesem Vertrag vorgesehenen Leistung.
- mit der Beendigung Ihrer Versicherung bei der IKK BB.
- mit der Beendigung dieses Vertrages.
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

Sie können die Teilnahme ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der IKK BB widerrufen, sofern noch keine Leistungen aus dem Vertrag in Anspruch genommen wurden. Die Frist für Ihren Widerruf beginnt mit Abgabe der TE/EWE.

Wahltarif Besondere Versorgungsformen

Mit Abgabe der unterschriebenen TE/EWE nehmen Sie am Wahltarif Besondere Versorgungsformen teil, wenn kein Leistungsruhen besteht. Sie sind an den Wahltarif gebunden, solange die Teilnahme am Vertrag besteht. Weitere Verpflichtungen ergeben sich aus dem Wahltarif nicht.

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Welche Daten werden erhoben?

Mit Unterzeichnung der TE/EWE erklären Sie sich damit einverstanden, dass folgende Daten erhoben und verarbeitet werden:

1. Personenbezogene Daten
 - Daten der Krankenkassenzurkarte (Name, Vorname, Versicherungsnummer, Versicherungsstatus, Gültigkeit, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse), Datum der Einschreibung
2. Gesundheitsdaten
 - ICD-10-GM-Codierung, Datum der Behandlung
3. Abrechnungsdaten
 - Nummer der abzurechnenden Pauschale, Wert der Pauschale in EUR, Datum der Leistungserbringung, Name und Arztnummer des behandelnden Arztes
4. Betreuungs- und Behandlungsdaten
 - Befunderhebungsdaten (Anamnese, Indikation, Aufklärung über den operativen Eingriff), Operationsdaten (Operationsindikation, Operationsfähigkeit, Operationsart, Besonderheiten, Komplikationen), Anästhesiedaten (Begleiterkrankungen, Anästhesieart, Komplikationen), Nachsorgedaten (Reizzustand, Anzahl der Kontrollen, Patientenzufriedenheit), Komplikationen, ggf. Art der Komplikationen, Angaben der behandelnden Ärzte

Wer erhebt die Daten zu welchem Zweck?

Die Daten werden nur durch Ihren behandelnden und am Vertrag teilnehmenden Arzt für seine Aufgaben erhoben. Die Daten gehören zur üblichen medizinischen Dokumentation und dienen dazu die Qualität der Behandlung zu sichern.

Wer erhält die Daten und warum?

Die IKK Brandenburg und Berlin erhält nur Daten nach Ziffer 1, 2 und 3 die für die Abrechnung erforderlich sind. Mit dieser Einwilligung rechnet Ihr behandelnder Arzt über die KV Berlin ab

Die unterschriebene TE/EWE wird durch Ihren behandelnden Arzt an die IKK BB weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 10. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Darüber hinaus wird im Datenbestand der IKK BB ein Merkmal gespeichert, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.

Befundübermittlung

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Betreuung und Behandlung erhobenen Daten (Ziffer 1, 2 und 4) bei Einbeziehung / Überweisung an andere mitbetreuende Ärzte übermittelt werden. Im Einzelfall können Sie der Übermittlung dieser Daten widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Folgen der Nichteinwilligung und Widerrufsmöglichkeit

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist an IKK BB zu richten. Willigen Sie nicht in diese Erklärung ein oder widerrufen Sie der Einwilligungserklärung, so hat dies zur Folge, dass die Teilnahme am Vertrag nicht zustande kommt bzw. endet.

III. Hinweis zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der DSGVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Unterscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am besonderen Versorgungs-vertrag treffen können.

1. Art. 13 Abs. 1 a) DSGVO:

Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die

Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin
Vorstand
Ziolkowskistr. 6
14480 Potsdam
vorstand@ikkbb.de

2. Art. 13 Abs. 1 b) DSGVO:

Der Datenschutzbeauftragte der IKK BB ist unter der Anschrift

Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin
Datenschutzbeauftragter
Keithstraße 9/11
10787 Berlin

oder unter der E-Mail Adresse

datenschutz@ikkbb.de

zu erreichen.

3. Art. 13 Abs. 1 c) DSGVO:

Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des besonderen Versorgungsvertrages erhoben werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5 SGB V.

4. Art. 13 Abs. 1 e) DSGVO:

Die Daten werden zwischen dem teilnehmenden Ärzten, der IKK BB, der KV Berlin und der Datenannahmestelle der BITMARCK Service GmbH, Kruppstr. 64, 45145 Essen ausgetauscht.

5. Art. 13 Abs. 2 a) DSGVO:

Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag (z. Bsp. durch Kündigung) bleiben die Daten noch solange gespeichert, wie es für die Abrechnung erforderlich ist (i. d. R. 12 Monate nach Beendigung der Teilnahme) bzw. soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

6. Art. 13 Abs. 2 b) DSGVO:

Sie haben folgende Rechte:

- Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Berichtigung (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

7. Art. 13 Abs. 2 c) DSGVO:

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der IKK BB zu erklären und bedarf keiner Begründung.

8. Art. 13 Abs. 2 d) DSGVO:

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Recht auf Akteneinsicht, Stahnsdorfer Damm 77, Haus 2, 14532 Kleinmachnow
E-Mail: poststelle@ LDA.Brandenburg.de

9. Art. 13 Abs. 2 e) DSGVO:

Die Teilnahme am besonderen Versorgungsvertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D. h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter :

<https://www.ikkbb.de/datenschutzregelung.html>