

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

Anlage 2

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens der KNAPPSCHAFT

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre/n ich/wir/ich als Sorgeberechtigte/r,

- dass ich/mein/unsere/r Kind über den angegebenen Arzt in den Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens eingeschrieben werde/wird.
- dass mich mein Arzt in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Inhalte und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- dass die Teilnahme automatisch mit Ablauf von 7 Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme bzw. mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V endet oder wenn der Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens beendet wird.
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Sollte ich entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können mir die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Arztes entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- dass der unterzeichnende Arzt mein gewählter Arzt ist.
- Unberührt bleibt das Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung. Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter der Nennung der Gründe bei der KNAPPSCHAFT möglich. Eine erneute Teilnahme nach einer Kündigung ist bis zum Ende des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt worden ist, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf bzw. Kündigung ist zu richten an: KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung bzw. Abgabe der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

2. Freiwillige Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke. Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich. Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die von meiner Krankenkasse und den Vertragspartnern in der Patienteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung (im Weiteren nur Verarbeitung) meiner Daten auf Grundlage des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung des Vertrages sowie zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang mit der KNAPPSCHAFT und den Vertragspartnern sowie weiteren Leistungserbringern im Rahmen des Vertrages übermitteln darf. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung im Rahmen dieser Versorgung erhobene medizinische und persönliche Daten bin ich einverstanden. Diese Teilnahmeerklärung kann auf Anforderung durch den Arzt an die KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus, Telefax: 0355 357 17240 übermittelt werden. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV). Die KV leitet diese Abrechnungsdaten an die KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT informiert die KV und den Arzt über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobene und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Ja, ich/mein/unsere/r Kind nehme/nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unsere/r Unterschrift. Ein Exemplar dieser Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens.

T	T	M	M	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung in der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

Datenschutzmerkblatt

Datenverarbeitung

Informationen der Versicherten zur Datenverarbeitung durch die KNAPPSCHAFT und ihrer Vertragspartner nach der Datenschutzgrundverordnung (im Weiteren DSGVO) und dem Sozialgesetzbuch (im Weiteren SGB) IV, V, X, XI

Ihre Daten werden im Rahmen der vertraglichen Aufgaben der Vertragspartner (beteiligte Ärzte, KNAPPSCHAFT und Kassenärztliche Vereinigung Berlin) im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Wahrung der weiteren gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

1) Datenkategorien und Datenherkunft

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten im o. a. Vertrag:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

2) Der Weg Ihrer Daten in der besonderen Versorgung

Datenübermittlungen zur Vertragsdurchführung und ärztlichen Leistungsabrechnung

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderer Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern: der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, den Leistungserbringern/Vertragsärzten und der KNAPPSCHAFT zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung der besonderen Vertragsleistungen.

Die besonderen Leistungen Ihres gewählten Facharztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet. Dazu muss er nach Klärung Ihrer Teilnahmeberechtigung eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt übermittelt gemäß § 295 a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten resultierend aus seiner Behandlung aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (im Weiteren KV). Dort werden Ihre Teilnahme am besonderen Versorgungsprogramm und vertragliche Voraussetzungen geprüft. Anschließend übermittelt die KV der KNAPPSCHAFT in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und wiederum verschlüsselt eine sogenannte Abrechnungsdatei mit Ihren Daten. Auf dieser Grundlage zahlt die KNAPPSCHAFT die Vergütung für Ihren Arzt aus. Während Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung werden folglich auf Grundlage Ihrer Einwilligung und den gesetzlichen Grundlagen Ihre personenbezogenen Daten auch Ihre Gesundheitsdaten, aus der ärztlichen Behandlung und Versorgung gesichert verarbeitet.

Diese Verarbeitung erfolgt zweckgebunden zur ordnungsgemäßen und qualitätsgesicherten Behandlung der besonderen Versorgung, ihrer vertragsgemäßen Durchführung und Abrechnung, sowie der erforderlichen ärztlichen Dokumentation der ärztlichen Behandlung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

3) Dauer der Speicherung

Die Daten werden für die vertragliche Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), des ärztlichen Berufsrechts sowie nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und ggf. anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gespeichert und anschließend gelöscht.

4) Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung nach Art 13 und 14 DSGVO

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann zukünftig nicht mehr möglich. Es bleibt bei der regulären fachärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben zudem unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X), ein Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X), auf Löschung (Art 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB V) und Berichtigung (Art 16 DSGVO i. V. § 84 SGB X) und auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten (Art 18 DSGVO i. V. § 84 SGB V) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten in der Arztpraxis ist Ihr Arzt. Für die Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die KV Berlin, Masuerenallee 6A, 14057 Berlin. Sie können sich wegen der dortigen Verarbeitung der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden (datenschutz@kvberlin.de).

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstabe f) und h) i. V. m. Abs. 3 DSGVO und §§ 295, 295 a i. V. m. 140 a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle an der Verarbeitung Beteiligten sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der KNAPPSCHAFT erfolgt ebenfalls nur im gesetzlich zulässigen Umfang. Die KNAPPSCHAFT hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinischen Behandlungsdaten. Die verantwortliche Stelle bei der KNAPPSCHAFT und des Datenschutzbeauftragten und seine Kontaktdaten sind nachfolgend dieser Information zu entnehmen.

Verantwortlicher:

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus-Berlin, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus, Tel.: 08000 200 501

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der KNAPPSCHAFT Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Beauftragter für Datenschutz

Verwaltungsgebäude Trimontepark 2/3

Wasserstr. 215

44799 Bochum

Email: datenschutz@kbs.de

Tel.: 02304-304-0

Allgemeine Informationen der KNAPPSCHAFT zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.knappschaft.de>

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

5) Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DSGVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de, Telefon: 0228-997799-0