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

direkt gesund

Erklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung
Besondere Versorgung Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

- Hautkrebsvorsorge BIG direkt gesund -

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der BIG direkt gesund versichert bin und ich ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Leistungsumfang dieses Vertrages informiert wurde.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- ich mich verpflichte nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung berechtigten Fachärzte aufzusuchen und ich mich für mindestens ein Jahr an diesen Vertrag binde. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der BIG direkt gesund kündigen kann. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- meine Teilnahme mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der BIG direkt gesund, dem Ende des Vertrags bzw. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Diese Teilnahmeerklärung wird der BIG direkt gesund über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die BIG direkt gesund weiter. Die BIG direkt gesund informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen 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 möchte gemäß den Ausführungen an dem Vertrag „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
Die Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

T T M M J J J J

_____
Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“

T T M M J J J J

_____
Unterschrift Vertragsarztstempel

Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)