

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

# Erklärung zur Teilnahme

## am Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung - **Amblyopiescreening** -

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

- dass mein/unser Kind über den angegebenen Arzt in den Vertrag gemäß § 140a SGB V zur **Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** eingeschrieben 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 augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und eine Bindung für die Dauer dieser augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung besteht.
- dass die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag endet
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

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

### 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 im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten meines/unseres Kindes bin ich/sind wir einverstanden. Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Diese Teilnahmeerklärung wird der zuständigen Krankenkasse 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 und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende.

Des Weiteren bin ich/sind wir mit der Übermittlung des Befundbogens (Anlage 4) an den Kinderarzt einverstanden:

ja       nein

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 meines/unseres Kindes 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, mein/unser Kind nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unserer Unterschrift. Das Datenschutzmerkblatt sowie die Versicherteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns 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 gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern

             
T T      M M      J J J J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel Arzt

# Besondere Versorgung (BesV)

## Vertrag zur augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern

### Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass die Behandlungsdaten Ihres Kindes vom betreuenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der betreuende Arzt von Ihrem Kind als Teilnehmer erhebt und über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) an Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes weiterleitet.

Im Rahmen der Teilnahme Ihres Kindes an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes weiter.

Die vom behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes behandelt diese Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse bzw. der Krankenkasse Ihres Kindes überwacht. Allgemeine Informationen Ihrer Krankenkasse bzw. der Krankenkasse Ihres Kindes zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf der Homepage Ihrer Krankenkasse bzw. der Krankenkasse Ihres Kindes:

Auf Wunsch sendet Ihnen Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie als Erziehungsberechtigter das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

