

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE  
**Erklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung zur  
 Datenverarbeitung  
 Besondere Versorgung Hautkrebsvorsorge-Verfahren**

**- Hautkrebsvorsorge HEK -**

**1. Teilnahmeerklärung:**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der HEK 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 HEK kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- meine Teilnahme automatisch mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der HEK, 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 HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK.

**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 HEK 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 HEK weiter. Die HEK 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 zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | 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 |

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Vertragsarztstempel

**Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)**