

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

BARMER

Erklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Besondere Versorgung **Hepatitis C** nach § 140 a SGB V

Vertragskennzeichen: - 121202AE004 -



- Hepatitis C BARMER -

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde und das meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- ich mich zur Sicherung des Therapieerfolges für die Dauer von drei Quartalen an diese besondere Versorgung binde und ich meine Teilnahme nach Ablauf dieser Bindung mit einer Frist von einem Monat zum gegenüber der BARMER kündigen kann. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- meine Teilnahme, ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens nach 24 Monaten (8 Quartale) mit dem abschließenden Adhärenzgespräch endet. Meine Teilnahme endet ebenfalls, wenn der Therapieerfolg nach nachgewiesener HCV-Eradikation frühestens in Woche 24 nach Abschluss der antiviralen Therapie erfolgt ist und bei mir keine Leberzirrhose vorliegt oder wenn der Therapieerfolg nach nachgewiesener HCV-Eradikation frühestens in Woche 24 nach Abschluss der antiviralen Therapie erfolgt ist nach Woche 72 und bei mir eine Leberzirrhose vorliegt.
- meine Teilnahme automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

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

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 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, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die BARMER weiter. Die BARMER 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 der Besonderen Versorgung „Hepatitis C“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Die Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 „Hepatitis C“

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)