

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

Bearbeitungshinweise für Praxen
Original an die
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
zur Weiterleitung an die IKK classic
Kopie bitte der Patientin/dem Patienten aus-
händigen

Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten

zu dem Vertrag nach § 73c SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag zwischen der IKK classic und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifisch ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig.

Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach der Unterzeichnung ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf erfolgt in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Erklärung der Patientin/des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 73c SGB V gegenüber der IKK classic, für grundsätzlich ein Jahr, jedoch mindestens für die Dauer der Behandlung nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxis-schließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel oder eine Kündigung der Teilnahme möglich.

Meine homöopathische Ärztin/mein homöopathischer Arzt ist: _____
Ich habe mich zuvor bei folgender Ärztin/folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, falls zutref-fend):

Eine Kopie dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung sowie der Datenschutzerklärung wurden mir ausgehändigt.

<p>Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden be-sonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / ge-setzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbei-tung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufge-klärt habe.</p>	<p>Einwilligung in die Teilnahmebedingungen</p>
<p>_____ Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes</p>	<p>_____ Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters</p>

Datenschutzerklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag zwischen der IKK classic und der Kassenärztlichen Vereinigung

Zur Leistungserbringung ist im Rahmen der Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

1. Belehrung zu Ihren Datenschutzrechten nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sie haben das gesetzliche Recht auf **Auskunft** zu Ihren im Rahmen der Versorgung verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO) und **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die
IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden.

Für die Teilnahme am Vertrag erfolgt die weitere Verarbeitung durch die von den Leistungserbringern/Ärzten und Krankenkassen beauftragten Abrechnungs- und Rechenzentren. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an

IKK classic
Herrn Willi Goebel
Tannenstraße 4b
01099 Dresden
datenschutz@ikk-classic.de

wenden oder gegenüber der für die IKK classic zuständigen Aufsichtsbehörde, der

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30
53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de

beschweren. Beschwerden über die Abrechnungs- und Rechenzentren richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde im Bundesland des Vertragspartners. Die entsprechenden Kontaktdaten teilen wir Ihnen auf Anfrage gern mit.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a) sowie 9 Abs. 2 Buchstaben a) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO sowie § 73c in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a SGB V.

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) nicht mehr benötigt werden.

2. Widerruf der Einwilligung

Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung können Sie nicht am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie teilnehmen. Ferner können Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

3. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten, Information

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und sonstige Dritte, wie z.B. Abrechnungsdienstleister) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versichertenstatus, Teilnahmebeginn, evtl. Teilnahmeende und Beendigungsgrund und ggf. Abrechnungsziffer der erbrachten Leistung und ihr Wert) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister weiter gegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden – sofern notwendig – nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht, sofern dies zur Behandlung im Rahmen dieser Versorgung förderlich ist.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten