

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

Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Vertrag nach § 140 a SGB V
„Orthopädische Vorsorgeuntersuchung
bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“



1. Teilnahmeerklärung

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

- dass wir/ich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages „Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“ informiert wurde/n.
- dass unser/mein Kind bei der DAK-Gesundheit versichert ist und über den angegebenen Arzt in den Vertrag nach § 140a SGB V zur Orthopädischen Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingeschrieben wird.
- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und die Orthopädische Vorsorgeuntersuchung nur einmal in Anspruch genommen werden kann. Somit entstehen keine einzuhaltenden Pflichten nach diesem Vertrag.
- dass die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag endet.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht:

Sie können diese Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.

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

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung sind/bin wir/ich als Sorgeberechtigte/r einverstanden – nur dann kann die orthopädische Vorsorgeuntersuchung erbracht werden:

Diese Teilnahmeerklärung wird der DAK-Gesundheit 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, Vergütungszeichnungen 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 DAK-Gesundheit weiter. Die DAK-Gesundheit informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für diese Vereinbarung auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus der Vereinbarung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Zu 1. und 2.: Ja, unser/mein Kind nimmt gemäß den Ausführungen an dem Vertrag „Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“ teil und wir/ich bestätige/n dies mit unserer/meiner Unterschrift. Die Versicherteninformation „Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“ und das Datenschutzmerkblatt wurde uns/mir ausgehändigt und wir/ich erkläre/n uns/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"/>
T	T	M	M	J	J

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Bitte das heutige Datum eintragen.

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag nach § 140a SGB V „Orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern im 11. und 12. Lebensjahr“.

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

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)