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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom

AOK NORDWEST, KNAPPSCHAFT, IKK classic, BKK-Landesverband NORDWEST (für die teilnehmenden BKK), SVLFG

- Diabetisches Fußsyndrom -

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde.
- mir bekannt ist, dass ich für die Dauer der Behandlung im Rahmen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung an diesen Vertrag gebunden bin und verpflichte mich, für den Zeitraum der Teilnahme nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- ich darüber informiert wurde, dass bei Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Arztes, die Krankenkasse über die Beendigung der Teilnahme entscheiden kann.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt. Ich binde mich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- dass die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

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 meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an dieser Vereinbarung 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, Vergütungsbezeichnungen 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 zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse 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.

Des Weiteren stimme ich entsprechend der erhaltenen Datenschutzinformation der pseudonymisierten Auswertung zu:

☐ **ja** ☐ **nein**

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an der Vereinbarung „Diabetisches Fußsyndrom" teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Die Patienteninformation und die Datenschutzinformation meiner Krankenkasse, der _____, habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

T T	M M	J J J J
		2 0

_____

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom

T T	M M	J J J J
		2 0

_____

Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel

Original bei der KVWL einreichen (Geschäftsbereich Abrechnung)