

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

# Erklärung zur Teilnahme

**Erklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**  
 Besondere Versorgung - Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

**- Original verbleibt in der Praxis zur Archivierung -**

## 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der KNAPPSCHAFT versichert bin und ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung 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 KNAPPSCHAFT kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel)
- meine Teilnahme mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der KNAPPSCHAFT, dem Ende des Vertrags bzw. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.

**Belehrung über Ihr Widerrufsrecht.** Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT.

## 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 KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT 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 zur Datenverarbeitung 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"/>
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 über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens.

<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