

# Ablaufschema der Patienteneinschreibung durch teilnehmende koordinierende Haus-/Fachärzte

Aufklärung und Aushändigung der  
Versicherteninformation zur Teilnahme  
und zum Datenschutz (Anlage 3b)



Kopie der ausgefüllten und unterschriebenen Patienteneinwilligung (Anlage 3)  
zusammen mit dem Stammdatenblatt (Anlage 3a)



an den PKD übermitteln!

Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen QPA des PKD liegt vor!  
(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandter Anlage 3a)

Patienteneinwilligung unmittelbar  
via KIM (KIM-Adresse: PTE@kvwl.kim.telematik)  
oder im Original bei der KVWL einreichen:

*Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund*

**Anlage 3 zum Vertrag**  
Allgemeine und spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegegerische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

**Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung**  
- Anlagen 3 (in Kopie) und 3a vom MAFA an PKD senden – danach  
- Anlage 3 via KIM (KIM-Adresse: PTE@kvwl.kim.telematik) ODER im Original bei der KVWL einreichen -

**1. Teilnahmeerklärung:**  
Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,  
• dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde,  
• dass ich mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin,  
• dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung beginnt,  
• dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde,  
• dass ich darüber informiert bin, dass meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Bindungsfrist beendet werden kann,  
• dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke meinem Ende des Versicherungsjahres oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsjahres nach § 13 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.  
**Widerrufsfähigkeiten:** Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Abänderung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

**2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenbereitstellung für Abrechnungszwecke:**  
Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenbereitstellung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhaltenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht möglich.  
Meine Teilnahmeerklärung wird vom einschreibenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragstnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zweck der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenärztlichen, Versicherungsstatus, Behandlung, Teilnahmestatus, Vertragsbeziehung und ihren Wert, Art der Intervention, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die für die Abrechnung zuständige KVWL. Die KVWL überträgt diese Daten an meine Krankenkasse weiter. Meine Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über meine Teilnahmedauer. Die für den Vertrag der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen in § 20a SGB V i. V. mit § 16 SGB X erhaltenen 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.  
**Widerrufsfähigkeiten:** Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsgang teilnehmen kann.

TT MM JJ JJ  
Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/ Ehepartners/Lebenspartners

**- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -**

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.

Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.  
(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandte Anlage 3a)

TT MM JJ JJ  
Unterschrift Vertragsarztstempel