

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

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung „SALUS“

Bitte schicken Sie das Original an:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
 Projekt SALUS  
 Robert-Schirrigk-Str. 4-6  
 44141 Dortmund



### Vertragskennzeichen:

AOK NORDWEST: 12020100032  
 IKK classic: 12020561007  
 DAK-G: 121202DA021

### A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung die Selbstnometrie und den Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation nach § 140a SGB V auf der Grundlage des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung SALUS“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- ⇒ Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- ⇒ Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur Abschlussuntersuchung in einer am Projekt teilnehmenden Augenklinik (ca. zwölf Monate nach Beginn der Teilnahme) gebunden. Danach endet die Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.
- ⇒ Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.
- ⇒ Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.
- ⇒ Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an der Besonderen Versorgung meine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert.

#### Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

### B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die „Patienteninformationen zur Datenverarbeitung SALUS“ habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Die erforderliche Einwilligung in die Datenverarbeitung zu Evaluationszwecken erfolgt separat.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

### C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift/Stempel Arzt/ Krankenhaus

## Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung SALUS

### Über die Selbsttonometrie und den Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation

Vertragskennzeichen: AOK NORDWEST: 12020100032 DAK-G: 121202DA021

IKK classic: 12020561007

Die AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic haben mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Klinik für Augenheilkunde) im Rahmen eines Innovationsfonds-Projektes einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen – dies ist Ihr behandelnder niedergelassener Augenarzt sowie die nachstehenden Augenkliniken:

*Universitätsklinikum Münster  
St.-Johannes-Hospital Dortmund  
Klinikum Dortmund  
Klinikum Bielefeld  
Klinikum Lüdenscheid  
Kath. Krankenhaus Hagen*

#### **Verbesserte Versorgung**

Die vorgenannten Leistungserbringer vereinbaren eine besondere ambulant ärztliche

Versorgung für Patienten mit einem Glaukom, bei denen die ansonsten erforderliche stationäre Behandlung zur regelmäßigen Messung des Augeninnendrucks in den ambulanten Bereich verlagert wird.

Dabei arbeiten die am Projekt teilnehmenden Augenkliniken und die niedergelassenen Augenärzte als Kümmerer eng zusammen, so dass eine hochqualitative Versorgungskette entsteht, welche die ambulante Versorgung von Patienten, sowohl beim niedergelassenen Augenarzt, als auch in der Augenklinik eines nahegelegenen Krankenhauses, mit einem Glaukom umfasst. Zur umfassenden Behandlung der Patienten in diesem telemedizinischen Kompetenznetzwerk tauschen Spezialisten der am Projekt teilnehmenden Augenkliniken die Glaukom-Expertise unter anderem in Form einer elektronischen Patientenakte aus.

#### **Diese Leistungen können Sie erwarten**

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen

#### Vor der Behandlung:

- ✓ Beratungsgespräch mit Ihnen durch Ihren behandelnden niedergelassenen

Augenarzt über die besondere Versorgung

- ✓ Kontaktaufnahme zur Study Nurse im Back Office des WWU bzw. bei der medizinischen Angestellten der jeweiligen Augenklinik, welche bei der Terminvergabe der weiteren Behandlung in der Augenklinik unterstützt

#### Während der Behandlung:

- ✓ Patientenschulung zur Nutzung der Geräte (Selbsttonometer und 24-Stunden-Blutdruckmessgerät), welche für die Selbstmessung des Augeninnendrucks im häuslichen Umfeld benötigt werden
- ✓ Aushändigung der benötigten Geräte
- ✓ Spezielle medizinische Anamnese
- ✓ Umfassende medizinische Begleitung, sowohl durch die behandelnde Augenklinik, als auch den behandelnden niedergelassenen Augenarzt
- ✓ Durchführen von Tonometrie und Perimetrie bei jedem vorgesehenen Besuch in der Praxis des Augenarztes

#### Abschlussuntersuchung

- ✓ Gezielte Behandlung in der am Projekt teilnehmenden Augenklinik unter anderem durch medizinische Untersuchungen (Tensiomessung, Perimetrie, Optische Kohärenztomographie)
- ✓ Austausch mit weiterbehandelnden Ärzten
- ✓ Abschlussgespräch

#### **Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind.**

Die vorbezeichneten Leistungserbringer nehmen an der Besonderen Versorgung teil. Diese Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

#### **Wie Sie teilnehmen können**

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der

Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zur vollständig durchgeführten letzten Abschlussuntersuchung in der beteiligten Augenklinik – ca. zwölf Monate nach dem Beginn der Teilnahme – gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauens-verhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

**Ihren Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertragskennzeichens an Ihre jeweilige Krankenkasse**

**AOK NORDWEST**

Fachbereich Spezialisierte Versorgung  
58079 Hagen

**DAK-Gesundheit**

Fachzentrum Ambulante Abrechnungen  
Balingen Str. 80  
72336 Balingen

**IKK classic**

Albrecht-Thaer-Straße 36-38  
48147 Münster

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic zur Niederschrift erklären.

**Bleiben Sie treu!**

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

**Mitwirkungspflichten**

Wichtiger Hinweis: Aufgrund rechtlicher Vorgaben wird das Innovationsfonds-Projekt, im Rahmen dessen diese Besondere Versorgung angeboten wird, wissenschaftlich evaluiert. Hierzu ist eine weitere

Datenverarbeitung für die Evaluation erforderlich, die Ihrer Zustimmung bedarf.

Für die Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung ist insbesondere auch Ihre zusätzliche Einwilligungserklärung zur

Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation Voraussetzung. Sie erhalten hierzu eine gesonderte Einwilligungserklärung zur Unterschrift.

## Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung SALUS

Vertragskennzeichen: AOK NORDWEST: 12020100032 DAK-G: 121202DA021  
IKK classic: 12020561007

### Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der AOK NORDWEST, DAK-G, IKK classic, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 140a Abs. 5, 284, 295 Abs. 1b und 301 SGB V

#### Teilnahmedaten

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch den niedergelassenen Augenarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) geschickt. Dort werden die Daten ggf. mit Rücksprache Ihrer Krankenkasse aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

#### Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

#### Die AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.

Zu Dokumentationszwecken werden folgende Daten quartalweise zwischen der KVWL, der teilnehmenden Augenklinik und der jeweiligen Krankenkasse ausgetauscht: Vers.-Nr, Name, Vorname, Geb. Datum, Beginn der Teilnahme, das Datum der Leistungserbringung der jeweiligen Leistung (siehe Leistungen Patienteninformation Teilnahme Seite 1 und 2). Die Übertragung erfolgt verschlüsselt.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.

#### Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich. Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die in den "Patienteninformationen zur Teilnahme," genannten Adressen oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

#### **Prüfung durch den Medizinischen Dienst**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch Ihre Krankenkasse veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß des gesetzlich vorgesehenen Verfahrens weiterzuleiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

#### **Datenlöschung bei der AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic**

Ihre bei Ihrer Krankenkasse verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser Besonderen Versorgung von Ihrer Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht

(Teilnahmedaten spätestens nach 6, Abrechnungsdaten spätestens nach 10 Jahren).

#### **Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der AOK NORDWEST/DAK-G/IKK classic**

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die untenstehenden Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden:

#### **AOK NORDWEST**

##### **Identität des Verantwortlichen**

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund  
Telefon: 0800 265 5000,  
E-Mail: kontakt@nw.aok.de

##### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der AOK NORDWEST  
Heiko Mettner  
Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund  
E-Mail: datenschutz@nw.aok.de

## **DAK-Gesundheit**

### **Identität des Verantwortlichen**

DAK-Gesundheit Krankenkasse  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
E-Mail: service@dak.de

### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
E-Mail: datenschutz@dak.de

## **IKK classic**

### **Identität des Verantwortlichen**

IKK classic - Körperschaft des öffentlichen  
Rechts  
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden  
E-Mail: Vorstand@ikk-classic.de

### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der IKK classic  
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden  
E-Mail: datenschutz@ikk-classic.de

Beschwerden über Ihre Krankenkasse hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten.

Für die DAK-G und die IKK classic richten Sie sich bitte an:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Graurheindorfer Straße 131  
53117 Bonn  
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Für die AOK NORDWEST richten Sie sich bitte an:

Den Landesbeauftragten für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen,  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf

Postanschrift:

Postfach 200444, 40102 Düsseldorf  
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

### **Hinweis**

Diese Information zur Datenverarbeitung bildet die Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen Versorgung mit den Krankenkassen ab. Über die weiterführende Datenverarbeitung im Krankenhaus, bei den Leistungserbringern sowie aufgrund der notwendigen Evaluation werden Sie in einer gesonderten Information und Teilnahmeerklärung aufgeklärt.