

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



Anlage 2

Teilnahmeerklärung Versicherte über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

Die ambulante Hautkrebsvorsorgeuntersuchung können Versicherte der BIG direkt gesund bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres bei einem teilnehmenden Vertragsarzt alle zwei Jahre in Anspruch nehmen.

Die Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs umfasst insbesondere eine gezielte Anamnese, eine Ganzkörperinspektion der gesamten Haut, bei bestehender medizinischer Notwendigkeit die Untersuchung verdächtiger Hautveränderungen mittels Auflichtmikroskopie, Befundübermittlung mit diesbezüglicher Beratung sowie die Dokumentation.

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BIG direkt gesund versichert bin, über die Leistungen des Vertrages aufgeklärt wurde und an dem Vertrag über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorgeuntersuchung teilnehme. **Mir ist bekannt**, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt, dass eine Behandlung nur durch an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer erfolgt und dass ich mich verpflichte, andere ärztliche Leistungserbringer zur Durchführung der oben genannten Vertragsinhalte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Ich bin an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Eine Kündigung meiner Teilnahme muss schriftlich erfolgen und kann frühestens vier Wochen vor Ablauf eines Jahres ausgesprochen werden. Ich scheidet dann zum Ende des Quartals nach Kündigungseingang aus der besonderen Versorgungsform aus. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

Widerrufsbelehrung:

Mir ist bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund, Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund, widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Ich habe eine Kopie dieser Informationen vor Erklärung meiner Teilnahme ausgehändigt bekommen.

Information zum Datenschutz:

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren Daten, auf Löschung und Berichtigung z. B. falscher Daten und auf Sperrung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b, Art. 6 Abs. 3 lit. b DSGVO i. V. m. §§ 73b, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b, f und h i. V. m. Art. 6 Abs. 3 lit. b DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DSGVO.

Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht und allenfalls in gesperrter Form für steuergesetzliche Zwecke entsprechend Art. 4 Nr. 3 DSGVO eingeschränkt verarbeitet (gesichert aufbewahrt) und spätestens nach 10 Jahren endgültig gelöscht, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt. Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Verantwortlich für die Erhebung der Daten ist die BIG direkt gesund, Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund. Bei datenschutzrechtlichen Fragen können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund wenden:

BIG direkt gesund
Datenschutzbeauftragter
Rheinische Str. 1
44137 Dortmund
E-Mail: datenschutz@big-direkt.de

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie teilnehmen möchten, so ist die Datenverarbeitung für die Zwecke der Vertragsdurchführung erforderlich und daher verpflichtend. Ohne eine Verarbeitung der Daten ist eine Teilnahme am Hausarztprogramm nicht möglich. **Ich willige ebenfalls in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein. Die einmal erteilte Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen.**

Ort, Datum

Stempel des Leistungserbringers

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt