Krankenkasse bzw. Kostenträger	Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Nordost
Name, Vorname des Versicherten	Die Gesundheitskasse.
geb. am	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
ostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	14456 Potsdam
	883
etriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	003
-Nr. (Angabe freiwillig)	Vertragskennzeichen: 17172100042
Aail-Adresse (Angabe freiwillig)	
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu "Active Surveillance" beim Prostatakarzir	um Vertrag Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Therapie
"Active Surveinance Denii Prostatakarzii	Total gernals § 73 C 3GB V
Ersteinschreibung	Arztwechsel wegen Umzug
Beendigung Arztteilnahme Arztwech	sel aus wichtigen Gründen
I. Teilnahmeerklärung	für Varaigharta dar AOK Nardagt tailnahman warda Jah hin gyaführlich und
	j für Versicherte der AOK Nordost teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und erpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordo
	edingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkungen sbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen
Regeln und akzeptiere diese. Ich habe die rückse	eitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation
erhalten und zur Kenntnis genommen.	
II. Einwilligungserklärung	
Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschur AOK Nordost umfassend informiert und stimme o	ng und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der
	die AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung de minhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und
	nen von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen.
☐ Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ia, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einvers	standen, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, ι
mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOł	K-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder
SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit wide	errufen.
	Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bishe
	rarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des	versicherten
Bitte das heutige Datum eintragen	Untercehrift des Versieherten haus des sessetalishen Vertrete
T T M M 2 0 J J	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertrete
Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Ar	rzt auszufüllen)
Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versich	rzt auszurullen) ierten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrages
gemäß § 73 c SGB V erfüllt sind.	
Bitte das heutige Datum eintragen	Unterschrift und Stempel Arzt
TTMMAJOJJ	
T T M M 2 0 J J	

Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertrag zur Therapie "Active Surveillance" beim Prostatakarzinom

Lieber Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie am Versorgungsvertrag teilnehmen. Hierzu möchten wir Sie nun näher über Ihre Teilnahme informieren.

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos. Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Nordost versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.
- Sie sind an einem Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom erkrankt, über das Sie Ihr Arzt/Ihre Ärztin informiert hat.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung beim behandelnden Arzt.
- Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Nordost widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Nordost Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung.
- Sie nehmen mindestens 1 Jahr an diesem Vertrag teil, wenn die medizinischen Voraussetzungen für den Behandlungsweg der Active Surveillance gegeben sind.
- Die Einschreibung kann nur bei einem/einer teilnehmenden Arzt/Ärztin erfolgen.
- Die Behandlung nach diesem Vertrag kann nur bei teilnehmenden Vertragsärzten/ärztinnen durchgeführt werden.
- Sie nehmen die regelmäßig durch Ihre/n Arzt/Ärztin angebotenen Gespräche in Anspruch. Auf Ihren Wunsch hin kann ein/e Angehörige/r an den Gesprächen teilnehmen.
- Bei Nichtausübung des Widerrufsrechtes können Sie Ihre Teilnahme jederzeit durch formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Nordost/Krankenkasse beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Nordost. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK Nordost liegt, ist dieser Termin maßgebend.

Ihre Teilnahme endet ferner:

- bei fehlenden medizinischen Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft bei der AOK Nordost
- bei Beendigung des Vertrages

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom/von der Arzt/Ärztin an die AOK Nordost weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand der AOK Nordost ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- die AOK Nordost die personenbezogenen Abrechnungsdaten vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin über die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die Vertragspartner sich gegenseitig informieren, wenn Sie Ihre Teilnahme an dieser Versorgung beenden.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages und die Einwilligungen zu "Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms" der "wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)" und zur allgemeinen Datennutzung über "Vorteile und Neuigkeiten" kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die AOK Nordost Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtsmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass ihre Teilnahme an dem Programm endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu "Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms", der "wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)" und zur "allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten" berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: aok.de/nordost/datenschutzrechte