

Anlage 2 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherten

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Teilnahme- und Einwilligungserklärung
für Versicherte der AOK Nordost

Bestandteil:
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Bismarckstr. 13, 12555 Berlin
Tel. 030 909 9000

003

Vertragnummer: **12072100110**

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag auf der Grundlage des § 140a SGB V über die besondere Versorgung zur Optimierung und Risikovermeidung bei Multimedikation durch softwareunterstützte Medikationschecks für Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse „electronic Life Saver – eLiSa“

Ich habe zugestimmt, die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Ich habe zugestimmt, die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Name des Versicherten: _____ RNR: _____

Muster

I. Teilnahmeerklärung
Hiermit bestätige ich, dass ich den Vertrag zwischen der AOK Nordost und der AOK Nordost über die besondere Versorgung zur Optimierung und Risikovermeidung bei Multimedikation durch softwareunterstützte Medikationschecks für Versicherte der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse „electronic Life Saver – eLiSa“ gelesen habe und die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

II. Einwilligungserklärung
Ich habe die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse „electronic Life Saver – eLiSa“ gelesen und die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Ich habe zugestimmt, die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Ich habe zugestimmt, die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Ich habe zugestimmt, die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung
Ich habe die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse „electronic Life Saver – eLiSa“ gelesen und die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Bestätigung des Vertragspartners (Versicherten oder anderer Autorisierter) zur Einhaltung zusätzlicher Bedingungen
Ich bestätige, dass ich die oben genannten Vertragsbedingungen gelesen habe und die Teilnahme an dem Projekt der AOK Nordost zu bestätigen.

Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Teilnahmevoraussetzungen:

Der Versicherte* ist zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Nordost – die Gesundheitskasse versichert und der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter erklärt seine Teilnahme schriftlich.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der integrierten Versorgung mit eLiSa ist freiwillig und kostenlos.
- die Teilnahme mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung bei dem behandelnden Arzt und/oder der teilnehmenden Einrichtung beginnt.
- die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Nordost ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Nordost oder von ihr beauftragte Dritte dem Versicherten eine Belehrung über sein 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 beim Versicherten.
- die Einschreibung bei dem jeweils teilnehmenden Arzt und/oder der teilnehmenden Einrichtung zu erfolgen hat und dass die Behandlung nach diesem Vertrag nur bei Vertragsteilnehmern durchgeführt werden kann.
- meine Mitwirkungspflicht darin besteht, jegliche Angaben zu selbst erworbenen oder verschriebenen Arzneimitteln dem Arzt mitzuteilen. Bei Pflichtverstößen kann ein Ausschluss von der Teilnahme erfolgen.
- mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Nordost die Teilnahme an dem Vertrag (eLiSa) endet. Im Übrigen endet die Teilnahme mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung und mit dem Ausscheiden des Vertragsteilnehmers, außer der Versicherte ist bei mindestens einem weiteren Vertragsteilnehmer eingeschrieben der weiterhin teilnimmt.
- die Teilnahme jederzeit durch eine formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Nordost beendet werden kann. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Nordost. Sofern der Versicherte einen anderen Termin bestimmt und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK Nordost liegt, ist dieser Termin maßgebend.

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

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Vertragsteilnehmer 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.
- meine Behandlungsdaten, medizinische Befunde und verordnete Daten (Arznei-, Hilfs- und Heilmitteldaten) ausschließlich zwischen der AOK Nordost, dem behandelnden Arzt und den mitbehandelnden Ärzten, die am Vertrag teilnehmen, ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden. Eine Einsichtnahme über teilnehmende Vertragsteilnehmer ist in den Geschäftsstellen der AOK Nordost oder unter www.aok.de/nordost/elisa möglich.
- die AOK Nordost die personenbezogenen Teilnahme- und Behandlungsdaten (z. B. Krankenversicherungsnummer, Name, Vorname und Geburtsdatum) der behandelnden Vertragsteilnehmer über einen Abrechnungsdienstleister auf gesichertem elektronischem Wege erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK Nordost bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragsteilnehmer darüber informiert.

Sollten Sie Ihre Teilnahme an diesem Programm widerrufen, werden Ihre Daten auf Ihren Wunsch hin vollständig gelöscht. Soweit Ihre Daten aufgrund gesetzlich bestehender Aufbewahrungsfristen nicht gelöscht werden dürfen, werden diese bis zum Fristablauf gesperrt. Die Einwilligung in den oben beschriebenen Umgang mit Ihren Daten ist Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Programm. Diese Einwilligung zum Umgang mit Ihren Daten können Sie jederzeit für die Zukunft an die o. g. Geschäftsadresse widerrufen. Mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse ist der Austritt aus der besonderen Versorgung verbunden. Sofern Sie Ihre Einwilligungen zur Datennutzung für die Qualitätssicherung, für die wissenschaftlichen Auswertung oder Ihre Zustimmung zur allgemeinen Datennutzung widerrufen hat dies keine Auswirkung auf die Teilnahme am Vertrag.

Was passiert bei der Evaluation?

Ärzte und Wissenschaftler, die an der Entwicklung dieses Programms beteiligt sind, möchten eine wissenschaftliche Auswertung durchführen - dieses nennt man Evaluation. Bei Ihrer Behandlung werden von den beteiligten Leistungserbringern Daten erhoben, die auch für die Evaluation benötigt werden. Hierfür sind unter anderem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht) und zum medizinischen Verlauf der Erkrankung (z. B. Notfälle) notwendig. Für die Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen. Die AOK Nordost oder beauftragte Dritte nehmen zur Durchführung einer Qualitätsbefragung zum Programm telefonischen/schriftlichen Kontakt zu Ihnen auf. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. 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 (VM/3), 14456 Potsdam. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit 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

* Die gewählten versicherten- bzw. arztbezogenen Bezeichnungen gelten im Folgenden für beide Geschlechter.