

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

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern KNAPPSCHAFT

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre/n wir/ich als Sorgeberechtigte/r,

- dass mein/unser Kind über den angegebenen Arzt in den Vertrag gemäß § 140a SGB V über die **Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern** eingeschrieben wird.
- dass mich mein Arzt in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Inhalte und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt
- dass die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung spätestens jedoch ein Jahr nach Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung endet bzw. mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V oder bei Beendigung des Vertrages über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern.
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu beanspruchen. Sollte ich entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können mir die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Arztes entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- dass der unterzeichnende Arzt mein gewählter Arzt ist
- unberührt davon bleibt das Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung. Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter der Nennung der Gründe bei der KNAPPSCHAFT möglich.

Beherrschung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung bzw. Abgabe der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke: Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich. Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die von meiner Krankenkasse und den Vertragspartnern in der Versicherteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung (im Weiteren nur Verarbeitung) meiner Daten auf Grundlage des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung des Vertrages sowie zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang mit der KNAPPSCHAFT und den Vertragspartnern sowie weiteren Leistungserbringern im Rahmen des Vertrages übermitteln darf. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten sind wir einverstanden. Diese Teilnahmeerklärung kann auf Anforderung durch den Arzt an die KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus, Telefax: 0355 357 17240 übermittelt werden. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV). Die KV leitet diese Abrechnungsdaten an die KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT informiert die KV und den Arzt über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen 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.

Ja, mein/unser Kind nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unserer Unterschrift. Das Datenschutzmerkblatt sowie die Versicherteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Bitte das heutige Datum eintragen.

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift /Stempel Arzt