

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

**Teilnahme- und
Einwilligungserklärung zur
besonderen Versorgung
und Datenverarbeitung**

BARMER

Das Original verbleibt beim Arzt

Vertragskennzeichen
121A12AE101



**A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung
„Hautkrebsvorsorge“ nach § 140a SGB V.**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, 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“ 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 vollständig durchgeführten Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Behandlung gebunden. Die Teilnahme endet mit Ablauf von 7 Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme 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 der BARMER 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.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. 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 Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese 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

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Hautkrebsvorsorge“

Die BARMER hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 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 (zugelassene Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen).

Verbesserte Versorgung

Mit diesem Vertrag verfolgen die BARMER und die Kassenärztliche Vereinigung vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebsarten beizutragen.

Diese Leistungen können Sie erwarten

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen alle zwei Jahre eine gezielte Früherkennungsuntersuchung bereits im Alter zwischen dem 16. und 35. Lebensjahr an.

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Die beteiligten 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 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 der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über

Ihr Widerrufsrecht schriftlich 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 Leistungserbringung der Behandlung gebunden. Die Teilnahme endet mit Ablauf von 7 Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

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

Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an

BARMER
Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der BARMER zur Niederschrift erklären.

Bei einem Widerruf oder einer Kündigung auf elektronischem Weg bietet Ihnen die BARMER für eine sichere Übermittlung Ihrer Daten die Übersendung über Ihren persönlichen Mitgliedsbereich über „Meine BARMER“ an.

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 BARMER 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 BARMER Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die BARMER verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung „Hautkrebsvorsorge“

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten

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

Teilnahmedaten

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt nach Erhalt für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V). Ihre Teilnahmeinformationen werden elektronisch an die BARMER übermittelt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme. 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 BARMER erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.

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

Abrechnungsdaten

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die BARMER übersenden. Bei der BARMER werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die beteiligten Leistungserbringer, die BARMER, die Vertragspartner der BARMER sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung

sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

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 oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme" genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER.

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

Prüfung durch den MD

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch die BARMER 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 dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiter zu leiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Datenlöschung bei der BARMER

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der BARMER erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Ihre bei der BARMER verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten der Besonderen Versorgung) werden bei der Ablehnung Ihrer Teilnahme, Ihrem Ausscheiden oder Ihrem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung von der BARMER für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER

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 Datenübertragbarkeit
(Art. 20 DS-GVO).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie
sich an die Datenschutzbeauftragte der
BARMER wenden unter:

BARMER

Datenschutzbeauftragte

Lichtscheider Straße 89

42285 Wuppertal

E-Mail: datenschutz@barmer.de

Für Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer
personenbezogenen Daten durch die
BARMER im Rahmen dieser Besonderen
Versorgung können Sie sich an

BARMER

Axel-Springer-Straße 44

10969 Berlin

E-Mail: service@barmer.de

wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich
des Datenschutzes können Sie an die
zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde
richten:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz
und die Informationsfreiheit

Graurheindorfer Str. 153

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de