

Anlage 2)

zum BKK-Vertrag gemäß § 140a SGB V
über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-
Vorsorge-Verfahrens in Berlin

Name, Vorname des Versicherten

Krankenkassennummer

Versicherten-Nr.

Stamm

Gemeinsamkeits-Nr.

Arzt-Nr.

Quadrat

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung für die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-verfahrens in Berlin

VKZ

Hinweis für die Praxis:

Diese Erklärung
unterzeichnet einscannen
und im Onlinesystem (KV-
Portal) hochladen.

BKK

Ja, ich möchte an der Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens in Berlin teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird meiner Krankenkasse bereitgestellt.
- Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung (siehe Anlage) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Ich wurde informiert

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und die zweijährige Bindungsfrist an das Angebot informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Ich wurde informiert, dass ich im Sinne einer ausreichenden Compliance regelmäßig meine Medikamente einnehme und vereinbarte Termine wahrnehme. Im Fall meiner fehlenden Mitwirkung kann die Krankenkasse - nach vorheriger Anhörung und Möglichkeit zur Nachholung gem. § 66 SGB I - als Ultima Ratio meine Teilnahme an dem Vertrag beenden.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

- Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von der Arztpraxis dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wird. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Belehrung über Widerrufsrecht

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre BKK.

Datum / Einwilligungserklärung d. Patienten(in) oder d. gesetzl. Vertreters
für die Erklärung zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

- Im Rahmen der besonderen Versorgung werden Daten nur im gesetzlich erforderlichen Umfang erhoben, gespeichert und genutzt. Erforderliche Auswertungen erfolgen nur in anonymisierter Form.

Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme an der Versorgung und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags zu prüfen und die Teilnahme bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Einwilligung und Einverständniserklärung in die erweiterte Datenverarbeitung

- Mit der Verwendung meiner Daten in pseudonymisierter Form zu Zwecken statistischer bzw. wissenschaftlicher Auswertungen/ Qualitätssicherung/ Evaluation bin ich einverstanden. (Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf meine Teilnahme.)

Die beigefügte datenschutzrechtliche Versicherteninformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.

So können Sie teilnehmen

- Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.



Anlage 3)

zum BKK-Vertrag gemäß § 140a SGB V
über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens in Berlin

Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung und zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Der BKK Landesverband Mitte, stellvertretend für die beigetretenen Betriebskrankenkassen, hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einen Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens abgeschlossen.

Dieses Versorgungsangebot sorgt dafür, dass das Risiko einer Hautkrebserkrankung minimiert wird.

Ihre Vorteile durch zusätzliche Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen in Kürze:

- **Gefahren der Manifestation von Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,**
- **Schulungen einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention durchzuführen sowie**
- **eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.**

Information zur Teilnahmeerklärung

Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, Leistungen aus dem Vertrag nur von einschreibenden Ärzten zur Hautkrebsvorsorge in Anspruch zu nehmen, die an der besonderen Versorgung „Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens“ teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme im Vertretungsfall, während urlaubsbedingter Abwesenheit oder für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers wird meine Teilnahme an diesem Vertrag beendet. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für mich freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe von mir widerrufen werden. Die Teilnahme muss von mir schriftlich erklärt werden. Durch meinen Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der besonderen Versorgung „Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens“ kann ich dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Information zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung

1. Mit der Einverständniserklärung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen stimme ich zu, dass die teilnehmenden Leistungserbringer (Ärzte) berechtigt sind, die vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht)

über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.

2. Ich stimme ebenfalls zu, dass meine BKK berechtigt ist, die vorliegenden personenbezogenen Daten über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Abrechnung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten, zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.
3. Die zur Abrechnung und zur Teilnehmerverwaltung notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Diagnosen, ICD, Versichertenstatus, Versicherungsnummer, erbrachte Leistung, Behandlungsdatum) dürfen durch die Vertragspartner bzw. die teilnehmenden Leistungserbringer an die Krankenkasse übermittelt werden. Die personenbezogenen Daten werden zwischen den vorgenannten Verantwortlichen darüber hinaus zum Zwecke des Fallmanagements, des Vertragscontrollings und der Evaluation sowie zur Prüfung der Behandlung durch Dritte (MDK) verarbeitet. Die Vertragspartner und die teilnehmenden Leistungserbringer sind zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DSGVO, § 284 SGB V, §§ 67a ff. SGB X verpflichtet.

4. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden , bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung sofort gelöscht, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Andernfalls werden meine erhobenen und gespeicherten Daten nur in pseudonymisierter Form gespeichert. Alle Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung gelöscht.
5. Die Vertragspartner sind verpflichtet, während der Dauer der Tätigkeit im Rahmen der besonderen Versorgung und auch nach Beendigung der Tätigkeit über alle Sozialdaten der Stillschweigen zu bewahren.
6. Meine Daten dürfen für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und den Effizienznachweis von der besonderen Versorgung in pseudonymisierter Form genutzt werden.

Wichtige Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Zur Sicherstellung des Datenschutzes im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über folgende Einzelheiten:

1. Verantwortliche für den Datenschutz nach Art. 26 DSGVO sind gemeinsam die
 - Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6a, 14057 Berlin
 - jeweilige für Sie zuständige Betriebskrankenkasse, insoweit vertreten durch den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover.
 2. Die vorgenannten Verantwortlichen beachten die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die jeweils dafür erforderlichen technisch organisatorischen Maßnahmen und datenschutzrechtlichen Verpflichtungen eigenverantwortlich sicher.
 3. Der Datenschutzbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ist unter der vorgenannten Adresse zu erreichen. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall auch an die/ den Datenschutzbeauftragte/n des BKK Landesverbandes Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie an Ihre Betriebskrankenkasse und deren Datenschutzbeauftragte/n wenden. Sie haben außerdem das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutz-
- Aufsichtsbehörde Ihrer BKK. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie unter folgender Internetadresse: www.bkkmitte.de/selektiv. Selbstverständlich können Sie bei Bedarf die Informationen in Papierform über Ihre Betriebskrankenkasse beziehen.
4. Sie haben im Rahmen der Regelungen der DSGVO ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).
 5. Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.
 6. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D. h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen, soweit nicht gesetzlich vorgeschriebene Bindungsfristen nach einer zunächst erklärten Teilnahme berührt werden. Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist daher auch zugleich der Widerruf an der Teilnahme an der besonderen Versorgung verbunden. Die erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden, wie sie zur Abrechnung der besonderen Versorgung erforderlich sind - vgl. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO, § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, §§ 67a, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X - oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen. Hiervon ausgenommen ist eine Datenverarbeitung zu Evaluationszwecken. Die diesbezügliche datenschutzrechtliche Einwilligung ist keine Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag.