

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Besonderen Versorgungsvertrag zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

Vertragskennzeichen: 12072400096

A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung gemäß §140a SGBV

Der Arzt hat mich über den Inhalt und den Zweck des oben genannten Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie über die Beteiligung weiterer Leistungserbringer aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformation“ erhalten. Alle Informationen zum Versorgungsangebot sind mir verständlich und ich bin mit den Inhalten einverstanden. Mir ist daher insbesondere Folgendes bekannt:

- ✓ Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- ✓ Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn das Versicherungsverhältnis bei der meiner Krankenkasse endet,
- ✓ der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder das Behandlungsende erreicht wird.

Für die Dauer der Teilnahme bin ich zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung an die beteiligten Leistungserbringer gebunden.

Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an der besonderen Versorgung eine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert.

Widerrufsoptionen: Die Erklärung zur Teilnahme kann ich innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Kontaktadresse ist in der „Versicherteninformation“ zu finden. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über das Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung der Daten wurden mir anhand der Versicherteninformation erläutert. Ich gebe meine Einwilligung in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung der für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ab.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der mkk – meine krankenkasse widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Die Kontaktadressen der mkk – meine krankenkasse für Beschwerden im Zuge der Datenverarbeitung sind in der „Versicherteninformation“ zu finden. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme (siehe A) und gebe die Einwilligung in die Datenverarbeitung (siehe B) im Rahmen dieses Versorgungsangebotes. Die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Versorgungskonzept und eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten:

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15 Jahren) oder des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes sowie Stempel der medizinischen Einrichtung

Einschreibende Medizinische Einrichtung in Druckbuchstaben

Soweit im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15 Jahren) oder des gesetzlichen Vertreters

Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und zum Datenschutz

Teilnahmeinformation

Ihre Krankenkasse hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einen Vertrag zur besonderen Versorgung zur Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens für unter 35-Jährige geschlossen.

1. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig und muss von Ihnen schriftlich erklärt werden. Sie beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung. Mit Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von den vertraglich eingebundenen Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers wird Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beendet.

2. Die Teilnahme beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung und endet mit dem Abschluss der Behandlung.

3. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden.

4. Bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers wird Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beendet. Bei einem Pflichtverstoß können Ihnen Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.

5. Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre BKK Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus dem o.g. Versorgungsangebot können Sie dann nicht länger in Anspruch nehmen.

6. Die Einwilligung in die Kontaktaufnahme für die Durchführung einer Patienten- bzw. Versichertenbefragung können Sie widerrufen. An dieser Stelle bitten wir Sie zunächst nur darum, uns Ihre Einwilligung für die Kontaktaufnahme (z. B. Übersendung eines Fragebogens) für eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung zu geben. Willigen Sie der Kontaktaufnahme und der damit verbundenen Daten für eine Kontaktaufnahme ein, unterschreiben Sie auf der Teilnahmeerklärung folgenden Text und bestätigen somit Ihre Einwilligung:

Soweit im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

Im Falle einer konkreten Patienten- bzw. Versichertenbefragung werden Sie vorab über die Nutzung der Daten und das Vorgehen zur Befragung informiert und haben dann die Gelegenheit Ihre Einwilligung zur Patienten- bzw. Versichertenbefragung gesondert abzugeben. Von Ihrer Zustimmung zu einer möglichen Patienten- und Versichertenbefragung ist Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht abhängig. Sie brauchen also einer möglichen Nutzung Ihrer Kontaktdaten für eine Patienten- und Versichertenbefragung nicht zustimmen. Sie haben jederzeit das Recht diese Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen.

Datenschutzinformation

Zustimmung in die Bereitstellung Ihrer Daten

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist die Bereitstellung Ihrer Daten durch Sie unbedingt notwendig.

Damit wir die erforderlichen Daten von Ihnen auf Grund der Rechtsvorschriften der § 295a, § 140a Abs. 5 und § 284 SGB V (Sozialgesetzbuch 5) erheben, verarbeiten und nutzen können, müssen Sie auf der Teilnahmeerklärung folgendem Text durch Ihre Unterschrift zustimmen:

Hiermit erkläre ich die Teilnahme (siehe A) und gebe die Einwilligung in die Datenverarbeitung (siehe B) im Rahmen dieses Versorgungsangebotes. Die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Versorgungskonzept und eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten:

Stimmen Sie der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten nicht zu, kann von Beginn an keine Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgen.

Kann ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung für die Durchführung der besonderen Versorgung widerrufen?

Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft 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 in Textform oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse abzugeben und bedarf keiner Begründung.

Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist zugleich eine weitere Teilnahme am Versorgungsvertrag nicht möglich. Ihre Daten können dann nur noch solange verarbeitet werden, wie sie zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen des besonderen Versorgungsvertrages erforderlich sind oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.

Kann ich meine Einwilligung in die Kontaktaufnahme für die Durchführung einer Patienten- bzw. Versichertenbefragung widerrufen?

An dieser Stelle bitten wir Sie zunächst nur darum, uns Ihre Einwilligung für die Kontaktaufnahme (z. B. Übersendung eines Fragebogens) für eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung zu geben. Willigen Sie der Kontaktaufnahme und der damit verbundenen Daten für eine Kontaktaufnahme ein, unterschreiben Sie auf der Teilnahmeerklärung folgenden Text und bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung:

Soweit im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

Im Falle einer konkreten Patienten- bzw. Versichertenbefragung werden Sie vorab über die Nutzung der Daten und das Vorgehen zur Befragung informiert und haben dann die Gelegenheit Ihre Einwilligung zur Patienten- bzw. Versichertenbefragung gesondert abzugeben.

Von Ihrer Zustimmung zu einer möglichen Patienten- und Versichertenbefragung ist Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht abhängig. Sie brauchen also einer möglichen Nutzung Ihrer Kontaktdaten für eine Patienten- und Versichertenbefragung nicht zustimmen. Sie haben jederzeit das Recht diese Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen.

Welche Daten werden erhoben?

Im Rahmen der besonderen Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von Ihnen verarbeitet:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verwaltungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert, dokumentierte Leistungen und Leistungsschlüssel.

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse (nur Teilnehmerdaten für Abrechnung und Ein- und Ausschreibung) sowie ggf. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Damit die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der Leistungserbringer oder ein von ihm beauftragter Abrechnungsdienstleister seine Daten an die zuständige Krankenkasse oder den von der jeweiligen Krankenkasse mit der Vertragsabwicklung beauftragten Abrechnungsdienstleister. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an den Leistungserbringer oder einen von ihm beauftragten Abrechnungsdienstleister aus.

Die an dieser besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Versichertendaten aller Teilnehmer an diesem Versorgungsvertrag zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf der Leistungserbringer Sie betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit Ihrer Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Versorgungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

Was geschieht bei meiner Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse erhält die Daten der Teilnahme (z. B. Einschreibung, Beginn, Ende und Widerruf) sowie die Abrechnungsdaten und soweit für die Abrechnung erforderlich Informationen zu Ihrer Leistungsanspruchnahme. Die Versichertennummer benötigt die Krankenkasse zur Feststellung einer bestehenden Versicherung und für die Abrechnung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Abrechnungsdienstleister (sog. "Dritte") mit diesen Aufgaben betrauen. Nähere Informationen zu letzterem erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Wann werden meine Daten gelöscht?

Die Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (aktuell zehn Jahre nach Beendigung der Teilnahme) datenschutzkonform gelöscht.

IHRE RECHTE NACH DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Sie haben im Rahmen der Teilnahmeerklärung zu dieser besonderen Versorgung und der Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten u. a. aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gegenüber dem jeweils Verantwortlichen ein Recht auf alle nachfolgenden Betroffenenrechte:

- **Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO):**
Sie haben u. a. das Recht, von den verantwortlichen Stellen jederzeit folgende Auskünfte zu verlangen:
 - zu welchem Zweck die Daten verarbeitet werden,
 - zu den Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,
 - zu den Empfängern oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind, insbesondere bei Empfängern in Drittländern oder bei Organisationen,
 - falls möglich, zur geplanten Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, zu den Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;
 - zum Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch den Verantwortlichen oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung.
- **Berichtigung (Art. 16 DSGVO):**
Sollten Sie feststellen, dass Sie betreffende Daten unrichtig oder unvollständig sind, haben Sie das Recht eine Richtigstellung oder Ergänzung zu verlangen.
- **Löschung (Art. 17 DSGVO):**
Sie haben das Recht, dass die Daten unverzüglich gelöscht werden, wenn:
 - die Sozialdaten für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind,
 - die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (siehe oben Kapitel „Dauer der Speicherung“),
 - die Sozialdaten unrechtmäßig verarbeitet wurden oder
 - Sie Ihre Einwilligung in die Nutzung konkret bestimmter Daten widerrufen haben und es keine anderweitige Rechtsgrundlage (z. B. Aufbewahrungsfristen) für die Verarbeitung gibt.
- **Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO):**
Sie haben das Recht, von den verantwortlichen Stellen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn:
 - Sie die Richtigkeit Ihrer Sozialdaten bestreiten. Die Einschränkung gilt für die Dauer, die die verantwortliche Stelle benötigt, die Richtigkeit der Sozialdaten zu überprüfen,
 - die Verarbeitung unrechtmäßig ist und Sie die Löschung der Sozialdaten ablehnen und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der Sozialdaten verlangen,
 - die verantwortliche Stelle die Sozialdaten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und dies vor Ablauf der Löschrufen geltend gemacht haben.
 - eine Löschung der Sozialdaten wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist.
- **Übertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)**
Sie haben das Recht, personenbezogene Daten und Sozialdaten, die Sie den verantwortlichen Stellen gegeben haben, in einem übertragbaren Format zu erhalten.
Bei einem Kassenwechsel übermitteln sich die Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Regelungen des § 304 Abs. 2 SGB V die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Daten.
- **Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)**
Als betroffene Person haben Sie das Recht auch bei rechtmäßiger Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die bei der Verarbeitung für die Wahrnehmung einer Aufgabe, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt – die dem Verantwortlichen übertragen wurde – oder aufgrund des berechtigten Interesses des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, Widerspruch gegen die Verarbeitung der sich aus ihrer besonderen Situation ergebenden personenbezogenen Daten einzulegen. Der für die Verarbeitung Verantwortliche sollte darlegen müssen, dass seine zwingenden berechtigten Interessen Vorrang vor den Interessen oder Grundrechten und Grundfreiheiten der betroffenen Person haben.
- **Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO)**
Weiterhin haben Sie die Möglichkeit sich über die jeweils verantwortliche Stelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der Kontaktdaten der für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlichen Stellen (z. B. Ihre Krankenkasse) sowie der zugehörigen Datenschutzaufsichtsbehörde:

Krankenkasse:

Verantwortliche Stelle	Datenschutz	Datenschutzaufsichtsbehörde
<p>BKK mkk – meine krankenkasse Lindenstraße 67 10969 Berlin</p> <p><u>Allgemein:</u></p> <p>Telefon: 0800 165 66 16* * kostenfrei innerhalb Deutschlands</p> <p>E-Mail: Info@meine-krankenkasse.de</p>	<p>E-Mail: datenschutzbeauftragter@meine-krankenkasse.de</p> <p>Internet: www.meine-krankenkasse.de/datenschutz</p>	<p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn</p> <p>Telefon: 0228 997799-0 Fax: 0228 997799 550 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de</p>

KV Berlin:

Verantwortliche Stelle	Datenschutz	Datenschutzaufsichtsbehörde
<p>Kassenärztliche Vereinigung Berlin Masurenallee 6A 14057 Berlin</p> <p><u>Allgemein:</u></p> <p>Telefon: 030 31003 0*</p> <p>E-Mail: kvbe@kvberlin.de</p>	<p>Telefon: 030 31003 422</p> <p>E-Mail: datenschutz@kvberlin.de</p>	<p>Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Alt-Moabit 59-61, 10555 Berlin</p> <p>Telefon: 030 13889 0 Fax: 030 2155050 E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de</p>