

**Anlage 5  
Teilnahmeerklärung Versicherte**



**Erklärung zur Teilnahme am Vertrag über die Durchführung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)**

*Exemplar für die BIG direkt gesund*

Bitte senden Sie diese Teilnahmeerklärung per Email, Post oder Fax an: BIG direkt gesund, Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund,  
Fax: 0231/5557-199, Email: info@big-direkt.de  
Telefon für Rückfragen: 0800/5456 5456

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bei der BIG direkt gesund versichert bin und bei mir eine Schwangerschaft festgestellt wurde.
- über die Leistungen des Vertrages aufgeklärt wurde. Hierfür wurde mir eine ausführliche Versicherteninformation zur Verfügung gestellt.
- an dem Vertrag über die Durchführung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft teilnehme.

Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie endet mit dem Ende der Schwangerschaft, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (insbesondere Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis oder Schließung der Praxis des mich betreuenden Arztes) kann ich meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen. Eine erneute Teilnahme bei erneut festgestellter Schwangerschaft ist möglich.

**Widerrufsbelehrung**

Mir ist zudem bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung**

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Informationsblatt für Versicherte zur Datenerhebung und zum Datenschutz“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der BIG direkt gesund widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe ein Exemplar dieser Teilnahmeerklärung für meine eigenen Unterlagen erhalten. Für weitere Fragen zu diesem Vertrag stehen mir Ansprechpartner unter der oben genannten kostenfreien Rufnummer zur Verfügung.

_____ Name der Versicherten (in Druckbuchstaben)	_____ Vorname der Versicherten (in Druckbuchstaben)
_____ Krankenversicherungsnummer	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Versicherten

**Anlage 5**  
**Teilnahmeerklärung Versicherte**



**direkt gesund**

**Erklärung zur Teilnahme am Vertrag über die Durchführung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)**

*Exemplar für die Versicherte*

Bitte legen Sie diese Teilnahmeerklärung zu Ihren Unterlagen.  
Telefon für Rückfragen: 0800/5456 5456

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bei der BIG direkt gesund versichert bin und bei mir eine Schwangerschaft festgestellt wurde.
- über die Leistungen des Vertrages aufgeklärt wurde. Hierfür wurde mir eine ausführliche Versicherteninformation zur Verfügung gestellt.
- an dem Vertrag über die Durchführung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft teilnehme.

Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie endet mit dem Ende der Schwangerschaft, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (insbesondere Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis oder Schließung der Praxis des mich betreuenden Arztes) kann ich meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen. Eine erneute Teilnahme bei erneut festgestellter Schwangerschaft ist möglich.

**Widerrufsbelehrung**

Mir ist zudem bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung**

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Informationsblatt für Versicherte zur Datenerhebung und zum Datenschutz“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der BIG direkt gesund widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe ein Exemplar dieser Teilnahmeerklärung für meine eigenen Unterlagen erhalten. Für weitere Fragen zu diesem Vertrag stehen mir Ansprechpartner unter der oben genannten kostenfreien Rufnummer zur Verfügung.

_____	_____
Name der Versicherten (in Druckbuchstaben)	Vorname der Versicherten (in Druckbuchstaben)
_____	
Krankenversicherungsnummer	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten