

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Nordost



Versand an:
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Beleglesezentrum (ZD/4/2/1)
14456 Potsdam

003

Vertragskennzeichen: xxxxxxxxxxxx

Tel.-Nr. (Angabe freiwillig)

Grid of 20 empty boxes for telephone number

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Grid of 30 empty boxes for email address

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Rahmenvereinbarung Onkologie Berlin gemäß §140 a SGB V

Einschreibung

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen:

Input field for name and grid of 8 boxes for institution code

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an der o. g. Vereinbarung für Versicherte der AOK Nordost teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an der o. g. Vereinbarung für Versicherte der AOK Nordost informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung erhalten und zur Kenntnis genommen.

II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten für Integrierte Versorgungsverträge i. R. der o. g. Vereinbarung für Versicherte der AOK Nordost umfassend informiert und stimme dieser zu.

(Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

* Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Input field for name of legal representative

Bitte das heutige Datum eintragen

Grid for date: T T M M 2 0 J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Signature line

Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die Teilnahme an der o. g. Vereinbarung für Versicherte der AOK Nordost erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

Grid for date: T T M M 2 0 J J

Unterschrift und Stempel Arzt

Signature and stamp line

Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Rahmenvereinbarung Onkologie in Berlin gemäß § 140 a SGB V

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist freiwillig und kostenlos.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Nordost versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.
- Wenn Sie noch nicht 18 Jahre alt sind, müssen auch Ihre Erziehungsberechtigten unterschreiben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung beim behandelnden Arzt.
- **Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei der AOK Nordost widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Nordost oder von ihr beauftragte Dritte Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung.**
- Die Einschreibung kann nur bei einem teilnehmenden Arzt erfolgen.
- Sie können Ihre Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der AOK Nordost mit Wirkung für die Zukunft kündigen.

Ihre Teilnahme endet:

- sobald die Behandlung abgeschlossen ist.
- durch den Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligung.
- mit dem Ausscheiden des gewählten Arztes aus dieser Vereinbarung soweit Sie nicht innerhalb von 4 Wochen einen anderen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt wählen.
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft bei der AOK Nordost.
- mit der Beendigung dieser Vereinbarung.

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Arzt an die AOK Nordost weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand der AOK Nordost ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an dieser Vereinbarung erkennen lässt.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinische Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und den möglichen Kooperationspartnern ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.
- die AOK Nordost vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK Nordost bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Arzt und/oder weiteren Vertragspartner darüber informiert.

Sie sind darüber informiert,

- dass sich die Behandlung, z. B. die Arzneimitteltherapie, nach den aktuellen medizinischen Leitlinien, welche ebenso für die Regelversorgung Gültigkeit haben, richtet.
- dass die Belieferung mit Nicht-Arzneimitteln, z. B. enterale Ernährung, nach Möglichkeit durch die Vertragspartner der AOK Nordost erfolgt.

Evaluation

- Die Inhalte der Vereinbarung werden wissenschaftlich ausgewertet.
- Hierzu werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Damit können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität erfolgen.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung Ihrer Daten im Rahmen der o. g. Vereinbarung und die Einwilligungen zu der „wissenschaftlichen Auswertung-Evaluation“ können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung bereits erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen der o. g. Vereinbarung hat zur Folge, dass Ihre Teilnahme an der Vereinbarung endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu der „wissenschaftlichen Auswertung-Evaluation“ berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

aok.de/nordost/datenschutzrechte