

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



**Anlage 1: Teilnahmeerklärung Versicherte
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag
nach § 73 a zur Erhöhung der Versorgungsqualität
von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten
zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein
und der AOK Rheinland/Hamburg**

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein teilnehmender Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und Ziele des oben genannten Vertrages informiert hat und ich das Merkblatt zum Datenschutz erhalten habe und kenne,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm hingewiesen wurde,
- dass ich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit Wirkung für die Zukunft frühestens 12 Monate ab Beginn der Teilnahme diese beenden kann,
- dass ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Vertragsärzte erhalten kann,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meiner Einwilligungsrücknahme gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
- dass ich mich verpflichte, den mit dem behandelnden Arzt abgestimmten Therapieplan zu befolgen.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- mit der Beendigung des Vertrages
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der AOK
- bei Kassenwechsel
- bei Eingang einer Kündigung bei meiner Kasse bzw. zudem von mir ggf. zu einem späteren Zeitpunkt festgesetzten Kündigungsstermin
- bei Nichteinhaltung des abgestimmten Therapieplanes

Ja, ich möchte am obengenannten Vertrag teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass ich erst mit Unterzeichnung der mir vom Arzt vorgelegten Einverständniserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten und der Widerrufsbelehrung am Vertrag teilnehme.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Der Widerruf ist zu richten an:

AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse -
Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

Widerrufsfolgen

Durch die Erklärung des Widerrufs entsteht ein Abwicklungsverhältnis. Es wird gewährleistet, dass Sie im Rahmen der Rückabwicklung keinen Wertersatz für Leistungen zu erbringen haben, die ausschließlich im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung vergütet werden.

Wird das Widerspruchsrecht nicht ausgeübt, sind Sie an Ihre Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten)

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass mein behandelnder Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Mein Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Über den Ablauf eines möglichen Zweitmeinungsverfahrens und der Erfordernis zur Weitergabe von medizinischen Informationen für das gegebenenfalls durchzuführende Zweitmeinungsverfahren wurde ich informiert.

Mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein an die AOK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die AOK darf meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am Strukturvertrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten ausgesprochen wird.

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die AOK veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten