

Erklärung des/der Versicherten zur Teilnahme und Einwilligung zum Datenschutz

an der vertraglich ambulanten
palliativmedizinischen Versorgung (AAPV)
zwischen der KV Nordrhein und den Ersatzkassen

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

Aufklärung und Teilnahmeinformation des/der Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV) nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird,
- dass ich das Merkblatt „Information zum Datenschutz“ erhalten und verstanden habe,
- dass ich mich in die o. a. Vereinbarung einschreibe und wünsche nach dieser speziellen Versorgung ambulant im häuslichen/selbst gewählten Umfeld betreut zu werden,
- dass ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehme und dass ich meine Teilnahme an dieser Versorgung bei meiner Krankenkasse kündigen kann.

Ja, ich möchte entsprechend den Inhalten der o. a. Vereinbarung an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer Ersatzkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die zuständige Krankenkasse. Bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag werden von der Krankenkasse getragen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung: Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen der Versorgung nach der Vereinbarung über die ambulanten palliativmedizinischen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten, zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.

Ja, ich bin mit der in der „Information zum Datenschutz“ beschriebenen Verarbeitung meiner medizinischen und persönlichen Daten zur Umsetzung meiner Teilnahme an dieser Vereinbarung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner Ersatzkasse schriftlich, mündlich oder elektronisch widerrufen kann und damit gleichzeitig auch die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet. Die hierfür vorgesehenen Kontaktdaten meiner Ersatzkasse habe ich auf Seite 2 der „Information zum Datenschutz“ zu Kenntnis genommen.

Ja, ich stimme einer anonymen Auswertung meines Behandlungsverlaufes und Weitergabe der Auswertung gem. 67a Abs. 3 SGB X zu. Die medizinischen Leistungserbringer werden insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden. Ein Widerruf der Datenauswertung-/weitergabe ist jederzeit möglich.

Die Teilnahmeerklärung des/der Versicherten ergeht gegenüber dem/r behandelnden Arzt/Ärztin und verbleibt in der Praxis.

Grundsätzlich sollte die Einwilligungserklärung durch die/den teilnehmende/n Versicherte/n oder seines/Ihres Vertreters schriftlich erfolgen; die entsprechenden Dokumentationspflichten sind dem behandelnden Arzt bekannt. In konkreten Ausnahmefällen reicht eine mündliche Einwilligungserklärung. Der Arzt hat die Gründe für die Ausnahme bei seiner Unterschrift zu benennen.

Bitte das heutige Datum eintragen

				2	0		
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzl. Vertreter

Vom Arzt mit Unterschrift zu bestätigen:

Ich habe als behandelnder Arzt den/die Versicherten/e umgehend über o.g. Punkte aufgeklärt. Der/die Versicherte bzw. der Betreuer/die Betreuerin hat mündlich die Zustimmung zur Teilnahme und Weitergabe der Daten erteilt.

Bitte das heutige Datum eintragen

				2	0		
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Arztes

Patienteninformation zum Datenschutz

1. Was beinhaltet die Vereinbarung über die Versorgung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld?

Mit dieser Vereinbarung erweitern die Vertragspartner die gesetzlichen Regelungen des § 37b SGB V SGB V.

Ziel ist es, die Versorgung schwerstkranken Menschen in ihrer Häuslichkeit durch die enge Kooperation von entsprechend qualifizierten Haus- und Fachärzten, qualifizierten Palliativärzten und bei Bedarf mit qualifizierten Pflegediensten sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund fördern die Ersatzkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) mit dieser Vereinbarung, dass Versicherte der Ersatzkassen unbürokratisch eine qualitativ hochwertige ambulante Palliativversorgung in Anspruch nehmen können.

Die Vereinbarung besteht mit der KV Nordrhein und den folgenden Krankenkassen:

- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **Kaufmännische Krankenkasse KKH**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**

Ihre Ersatzkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an dieser besonderen palliativmedizinischen Versorgung an. Hiermit möchten wir Ihnen dabei helfen, dass auftretende palliativmedizinisch zu versorgende Gesundheitsprobleme in der für Sie gewohnten Umgebung angemessen ambulant erbracht werden können und dass Ihnen sowie Ihren Angehörigen durch die besonderen palliativmedizinischen Versorgungsmaßnahmen die nach dem Krankheitsstadium bestmögliche Lebensqualität erhalten bleibt. **Ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten.** Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich (vgl. unten genannte Briefadressen auf Seite 2), mündlich oder elektronisch (vgl. genannte Fax-/E-Mail-Angaben auf Seite 2) widerrufen und so Ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung beenden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorgenommene Datenverarbeitung erfolgte rechtmäßig; die erhobenen und gespeicherten Daten werden nach dem Widerruf und Ausscheiden aus dem Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Nachteile in der Regelversorgung entstehen Ihnen dadurch nicht.

2. Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der „Teilnahmeinformation des Versicherten“ stimmen Sie zu, dass Daten von Ihrem Haus-/Facharzt an den qualifizierten Palliativarzt (QPA), dem sich Ihr Haus-/Facharzt zuordnet, sowie an die KV Nordrhein und Ihre Ersatzkasse weitergeleitet werden.

3. Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Haus-/Facharzt und/oder der QPA stellen Ihre medizinischen Daten ggf. Pflegediensten oder anderen im Rahmen dieser besonderen Versorgung zu beteiligenden Vertragsärzten oder zugelassenen Leistungserbringern zur Verfügung. Ihr Haus-/Facharzt und/oder der QPA stellt Daten über die Teilnahme (einschl. medizinischer Daten) und für die Abrechnung seiner Leistungen zusammen und leitet diese an die KV Nordrhein sowie an ihre Ersatzkasse weiter.

4. Was geschieht bei Ihrer Ersatzkasse mit den Daten?

Die Ersatzkasse verwendet die von Ihrem Haus-/Facharzt und/oder vom zuständigen QPA gelieferten Teilnahme- und Abrechnungsdaten aus dieser ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zur Teilnahmeverwaltung, Prüfung, Abrechnung sowie in anonymisierter Form statistisch zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebotes. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V zur Durchführung der Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung erhoben und verarbeitet.

Bei Fragen bzw. im Fall eines Widerrufs wenden Sie sich bitte an den nachfolgend genannten Ansprechpartner Ihrer Ersatzkasse:

- **Techniker Krankenkasse** - Beauftragter für den Datenschutz, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg, datenschutz@tk.de
- **BARMER** – Datenschutzbeauftragter, Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal, datenschutz@barmer.de
- **DAK-Gesundheit**, Beauftragter für Datenschutz, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg, datenschutz@dak.de
- **KKH Kaufmännische Krankenkasse** – Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61,30625 Hannover, Datenschutz@kkh.de
- **hkk**, Datenschutzbeauftragter, Martinistraße 26, 28195 Bremen, datenschutzbeauftragter@hkk.de
- **Hanseatische Krankenkasse**, Datenschutzbeauftragter, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg, datenschutz@hek.de

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter

- www.tk.de - bitte geben sie zum Öffnen der Seite den Webcode 2019572 in das Suchfeld ein
- www.barmer.de/datenschutz
- www.dak.de/datenschutz
- www.kkh.de/versicherte/datenschutz
- www.hkk.de/datenschutz
- www.hek.de/datenschutz

Ihre Ersatzkasse, Ihr Haus-/Facharzt und der qualifizierte Palliativarzt unterstützen sie gerne bei der Durchführung dieser besonderen palliativmedizinischen Versorgung!