

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

Anlage 3

Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung

zum Vertrag über die strukturierte Behandlung von Patienten mit Gonarthrose auf der Grundlage § 140a SGB V [VK: 12088111181]

Verteiler:

- Info an die AOK Sachsen-Anhalt/ Fax 0391 2878 44570
- Bestandteil der Patientendokumentation der Arztpraxis
- Ausfertigung Patient

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert bin.
- ich die Versicherteninformation zur Teilnahme an der besonderen Versorgung erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Arzt ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angabe** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK Sachsen-Anhalt.
- mein Facharzt bei meiner besonderen Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik und alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der fachärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation und insbesondere zur Physiotherapie.
- ich an meine Teilnahmeerklärung **mindestens ein Jahr** – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Beendigung der Behandlung der Arthrose, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme sowie des Kassenwechsels – gebunden bin. Im Fall der Heilung endet die Teilnahme automatisch, ggf. auch vor Ablauf der **Bindungsfrist**. Meinen gewählten Facharzt kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.
- im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Evaluation auf Grundlage von pseudonymisierten Daten erfolgt, da die Vertragspartner auf gesetzlicher Grundlage die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung nachweisen müssen. Auf Grundlage von pseudonymisierten Daten ist ein Rückschluss auf die dahinterstehende natürliche Person gesperrt.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von meiner Krankenkasse und den Vertragspartnern in der Versicherteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung (im Weiteren nur Verarbeitung) meiner Daten auf Grundlage des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung des Vertrags sowie zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang an die AOK Sachsen-Anhalt und die Vertragspartner sowie an die weiteren Leistungserbringer im Rahmen des Vertrags übermitteln darf.

Widerspruchsrecht

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht diese jederzeit mit **Wirkung für die Zukunft** zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs verarbeiteten Daten. **Eine zukünftige Teilnahme an dem Vertrag ist jedoch nicht mehr möglich.**

- nur vom Versicherten (bzw. gesetzlichen Vertreter) auszufüllen -

Ja, ich möchte an dieser besonderen Versorgungsform unter **Verarbeitung meiner Daten** im erforderlichen Umfang durch die Vertragspartner **teilnehmen** und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- nur vom Arzt auszufüllen -

_____ Datum

_____ Unterschrift/Vertragsarztstempel

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllt.