

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten.



per Fax an:
0341/550078-953

per Post an:
**Siemens-Betriebskrankenkasse
80227 München**

Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie Vertragskennzeichen 12052400198

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der SBK versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags zwischen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und meiner Krankenkasse nutzen, und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag „**Tonsillotomie**“ wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Die Teilnahme des Versicherten endet sowohl mit dem Wechsel des Versicherten zu einem nicht beteiligten Leistungserbringer nach § 19 SGB V, als auch mit vollständiger Leistungserbringung der in diesem Vertrag geregelten Leistungen. Die Teilnahme des Versicherten endet auch, wenn die Mitgliedschaft bei der SBK beendet wird.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag zur **Durchführung einer Tonsillotomie**.

Belehrung über Widerrufsrecht

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Siemens-Betriebskrankenkasse, 80227 München. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse mir eine Belehrung über mein 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 bei mir.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten ggfs. Bevollmächtigter/Betreuer/Erziehungsberechtigte für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige meine Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

_____ Datum

_____ Stempel des Arztes

_____ Unterschrift

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 meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg an die SBK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die SBK darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „zur Durchführung einer Tonsillotomie“ ausgesprochen wird.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die SBK übermitteln.

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.

Datum

Unterschrift des Versicherten ggfs. Bevollmächtigter/Betreuer/Erziehungsberechtigte für die Einverständniserklärung zum Datenschutz