

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gegenüber meiner Krankenkasse

Hier bitte Ihre Krankenkasse eintragen

Meine Ärztin / mein Arzt: _____

Teilnahmeerklärung

Gemeinsam gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind [GeMuKi¹] Interventionsregion

Mein behandelnder Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin hat mich über die Inhalte des Versorgungsangebotes im Rahmen von GeMuKi und über die daran beteiligten Leistungserbringer sowie über die Teilnahmebedingungen anhand der schriftlichen Patienteninformation zu GeMuKi informiert. Ich habe die schriftliche Patienteninformation zu GeMuKi erhalten und bin mit diesen Inhalten einverstanden. Für meine Fragen stehen mir meine behandelnden Ärzte/Ärztinnen und meine Krankenkasse zur Verfügung

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der oben benannten Krankenkasse versichert zu sein. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse in Textform oder zur Niederschrift widerrufen kann,
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zur vollständig durchgeführten letzten Behandlung an meine erklärte Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme jederzeit aus wichtigem Grund (z.B. bei einem Wohnortwechsel oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt bzw. der Hebamme) in Textform gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen kann, wodurch als Folge meine Teilnahme am Programm automatisch endet.
- bei Beendigung meiner Teilnahme werden sämtliche, bisher von mir im Programm erhobenen personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden,
- alle weiteren Informationen zu den oben genannten Abläufen der schriftlichen Patienteninformation entnommen werden können.

Mir ist bekannt, dass ich am Programm GeMuKi nur dann teilnehmen kann, wenn ich auch meine Einwilligung in die Datenverarbeitung gegeben habe. (siehe Seite 2). Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme am Programm GeMuKi mit Wirkung zum heutigen Tag.

Teilnahmeerklärung

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter*in

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „GeMuKi“ Förderkennzeichen: 01NVF17014

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Die Patienteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen des Programms GeMuKi habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Es enthält alle Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Programms GeMuKi. Es zeigt detailliert auf, welche Daten zu welchem Zweck von wem erhoben, gespeichert und genutzt werden und informiert mich über meine Rechte und die Datenlöschung.

Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Im Falle eines Widerrufs scheidet ich als Teilnehmerin aus dem Programm GeMuKi aus. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen. Das gilt auch, wenn ich meine Einwilligung nicht erteile.

Die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist §§ 140 a Abs. 5 , 284 SGB V i.V.m. Art. 9 EU-DSGVO. Die gem. Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) für die Erhebung der Daten verantwortlichen Einrichtungen finden Sie ebenfalls im Merkblatt Datenschutz.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde entweder beim/bei der

- Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.demail.de (sofern Sie bei einer bundesweiten Krankenkasse versichert sind - siehe Merkblatt zum Datenschutz)

oder beim/bei der

- Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden- Württemberg, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Königstraße 10a, 70173 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 41 – 0, Fax: 0711/61 55 41 – 15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de, Internet: <http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de> (sofern Sie bei einer regionalen Krankenkasse versichert sind - siehe Merkblatt zum Datenschutz).

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter*in