

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

Vereinbarung nach § 140a SGB V über die Durchführung von prophylaktischen Untersuchungen und Frühbehandlung von Hautveränderungen zwischen der KVBW und der Daimler BKK

(gilt auch für beigetretene Betriebskrankenkassen)

Teilnahmeerklärung am Vertrag zur besonderen Versorgung und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des oben genannten besonderen Versorgungsvertrages. Der Inhalt dieses Vertrages wurde mir ausführlich und verständlich erläutert.

Zu den Leistungserbringern dieses Versorgungsvertrages gehören:

Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Weitere beteiligte Stellen sind:

- Ihre Daimler BKK (bzw. beigetretene Betriebskrankenkassen)
- Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über den Behandlungsprozess nach diesem Vertrag durch meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin informiert wurde. Ich wurde vom Leistungserbringer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

Ich wurde informiert, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich meine Betriebskrankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr möglich ist.
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner Betriebskrankenkasse der Ausschluss aus diesem Vertrag erfolgt.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und mit dem Abschluss der Behandlung nach diesem Vertrag endet.
- ich meine Teilnahme jederzeit aus wichtigem Grund gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann. Wichtige Gründe sind beispielweise ein Wohnortwechsel oder eine nachhaltige Störung des Behandlungsverhältnisses.
- ich mich verpflichte, Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen ausschließlich bei teilnehmenden Vertragsärzten/Vertragsärztinnen durchführen zu lassen und andere Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch genommen werden können und ein Verstoß gegen diese Vorgaben zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Betriebskrankenkasse führen kann.

- **ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ich stimme zu, dass

der Leistungserbringer sich mit meinem Hausarzt/ meiner Hausärztin über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauscht. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht.

Ja, ich möchte an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung teilnehmen.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:

Hiermit erkläre ich,

dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenübermittlung freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht (weiter) an der Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Stand: 07.05.2021

Patienteninformation zum Datenschutz und der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit dieser Patienteninformation und den nachstehenden Ausführungen sollen Sie bereits vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur Durchführung von prophylaktischen Untersuchungen und Frühbehandlung von Hautveränderungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und Ihrer Betriebskrankenkasse nach § 140a SGB V informiert werden. Im Folgenden wird diese Datenverarbeitung dargestellt und Sie erhalten zusätzliche Informationen zu Ihren Rechten nach der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Ihre Versicherten- und Gesundheitsdaten sind umfassend gesetzlich geschützt, insbesondere durch Datenschutzgesetze auf Bundes- und Länderebene und durch besondere Vorschriften des Sozialgesetzbuchs. Darüber hinaus gilt für das Patienten-Arzt-Verhältnis die ärztliche Schweigepflicht, auch für Mitarbeiter in den Arztpraxen und für sonstige berufsmäßig mitwirkende Personen.

Welche ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

1. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Die von Ihnen gewählte Facharztpraxis bewahrt Ihre Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Original entsprechend der gesetzlichen Frist (aktuell zehn Jahre) in der Praxisdokumentation auf. Ihre Betriebskrankenkasse kann das Original bei Bedarf einsehen oder anfordern, z. B. im Rahmen von Prüfungen durch Aufsichtsbehörden.

2. Abrechnung

Damit der/die von Ihnen gewählte Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten eine Vergütung für seine/ihre Leistungen erhält, muss von der KVBW eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt Ihr Arzt/Ihre Ärztin entsprechend der Sozialdatenschutzbestimmungen seine/Ihre Daten auf elektronischem Weg an die KVBW. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend auf elektronischem Weg über eine Kopfstelle (BITMARCK Service GmbH) an die zuständige Betriebskrankenkasse weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten vergütet Ihre Betriebskrankenkasse an die KVBW. Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus, behandelnder Arzt, Kassenkennzeichen, Unfallkennzeichen, Abrechnungsziffern, Vertragsnummer, Behandlungszeitraum, sowie Diagnosen nach ICD 10.

3. Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Betriebskrankenkasse

Bei Ihrer Betriebskrankenkasse werden Ihre Daten gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen angenommen und verarbeitet. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses verpflichtet wurden, Zugang haben.

Information nach Artikel 13 und 14 DS-GVO:

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO), auf Löschung (Art. 17 DS-GVO), Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DS-GVO) z.B. falscher Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DS-GVO). Der Facharzt/die Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist für die Datenverarbeitung in seiner/ihrer Arztpraxis verantwortlich. Für die Abrechnung im Rahmen dieses Vertrages erfolgt die weitere Verarbeitung durch die KVBW.

Bei Fragen und/oder Beschwerden bezüglich der Abrechnungsdatenverarbeitung können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten wenden:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Stabsstelle Datenschutz, Zur Weiterleitung an den Datenschutzbeauftragten
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart
Telefon: 0711 7875-0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvbawue.de

Beschwerden gemäß Art. 77 DS-GVO über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstrasse 10a, 70173 Stuttgart, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag (§ 140a SGB V, gem. 630a BGB) sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DS-GVO, § 284, § 295 und § 295a SGB V, §§ 32 ff. BDSG. sowie §§ 83 ff. SGB X. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (u.a. § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) werden Ihre Daten spätestens nach 10 Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Betriebskrankenkasse erfolgt zweckgebunden im gesetzlichen Umfang.

Beschwerden gemäß Art. 77 DS-GVO über Ihre Betriebskrankenkasse richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn poststelle@bfdi.bund.de

Sie haben das Recht, Ihre abgegebene Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Betriebskrankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Dies führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme am Vertrag über die Durchführung von prophylaktischen Untersuchungen und Frühbehandlung von Hautveränderungen gemäß § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.

Die Adresse Ihrer Betriebskrankenkasse als verantwortliche Stelle entnehmen Sie bitte der folgenden Tabelle. Fragen zum Datenschutz richten Sie bitte an die Adresse der zuständigen Betriebskrankenkasse, zu Händen des Datenschutzbeauftragten.

| Name der Betriebskrankenkasse als verantwortliche Stelle | Straße | PLZ | Ort | E-Mail |
|--|----------------|-------|--------|-----------------------------|
| Daimler BKK, Hartmut Steffens | Mercedesstr. 1 | 28309 | Bremen | datenschutz@daimler-bkk.com |
| | | | | |
| | | | | |

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse einer Teilnahme an unserem besonderen Versorgungsvertrag über die Durchführung von prophylaktischen Untersuchungen und Frühbehandlung von Hautveränderungen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieses Versorgungsvertrages informieren, die Sie vor einer Teilnahme wissen sollten:

Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Das Ziel des Vertrages ist es, durch Früherkennungsuntersuchungen Hautveränderungen auf ihren Krankheitswert zu untersuchen, insbesondere Hautkrebs zu erkennen und einer frühzeitigen Behandlung zuzuführen. Versicherte können diese Leistung somit auch in Anspruch nehmen, wenn Sie die Altersgrenze für die allgemeinen Früherkennungsuntersuchungen noch nicht erreicht haben (ab dem 35. Geburtstag).

Rechte und Pflichten bei Teilnahme an diesem Vertrag

Als Versicherte(r) Ihrer Betriebskrankenkasse können Sie bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs in Anspruch nehmen. Sie geben schriftlich Ihr Einverständnis zur Teilnahme auf der dafür vorgesehenen Teilnahmeerklärung, nachdem Sie zuvor umfassend über die Inhalte dieses Vertrages aufgeklärt wurden. Damit beginnt grundsätzlich Ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Ihr Arzt/ Ihre Ärztin unterschreibt die Teilnahmeerklärung ebenfalls und bewahrt das Original in der Praxisdokumentation auf. Bei Bedarf kann dieses von Ihrer Betriebskrankenkasse eingesehen oder angefordert werden.

Mitwirkungspflichten sowie Folgen fehlender Mitwirkung

Durch Ihre Teilnahmeerklärung sind Sie zwei Jahre an die Teilnahme gebunden. Sie dürfen für die vereinbarten Leistungen nur die am Vertrag teilnehmenden Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Anspruch nehmen. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch Ihre Betriebskrankenkasse führen.

Widerrufsrecht

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für zwei Jahre an die Teilnahme gebunden. Sie können Ihre Teilnahme jedoch bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch darüber hinaus jederzeit kündigen. Wichtige Gründe können beispielsweise ein Wohnortwechsel oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin sein.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Freundliche Grüße
Ihre Daimler BKK