

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

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

zur Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über kinderchirurgische Leistungen zwischen dem BKK LV Mitte und der Nordpark Ärztenetz GmbH

Hinweis für die Praxis: Bitte die Teilnahmeerklärung an die Nordpark Ärztenetz GmbH leiten: **Fax-Nr. 0361 6026085.**



### Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung für kinderchirurgische Leistungen teilnehmen:

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden.
- Ich wurde über den Inhalt, den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird im Original durch die Nordpark Ärztenetz GmbH an meine Krankenkasse übersandt.
- Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung (siehe Anlage) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

### So können Sie teilnehmen

- Die Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung durch den gesetzlichen Vertreter und endet im Regelfall am 21. postoperativen Behandlungstag
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.

### Ich wurde informiert, dass

- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und mir die Inhalte des Versorgungsangebotes benannt wurden. Ich hatte Gelegenheit meinem u.a. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden. Ich hatte Gelegenheit meinem u.g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden.
- durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen.
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich das Rechte, jederzeit die dokumentierten Daten für mich einzusehen.

- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen dieser Versorgung habe, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nachkomme, da mir sonst Leistungen ganz oder teilweise versagt bzw. in Rechnung gestellt werden können.
- im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist.

### Einwilligung in die Datenverarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGB V informiert worden bin.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (MDK) übermittelt werden.
- Die Information zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) habe ich erhalten, verstanden und zur Kenntnis genommen.
- Mir ist bekannt, dass ich die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.
- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

### Einwilligung in die erweiterte Datenverarbeitung (Bei Einverständnis ankreuzen)

- Ich bin damit einverstanden, dass zu statistischen Auswertungen, zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes meine patientenbezogenen Daten erfasst, pseudonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden.

**Die gesetzlichen Vertreter der Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die BKK.**

### Einwilligung und Einverständniserklärung zur erweiterten Datenverarbeitung und Patientenbefragung:

(Bei Einverständnis bitte jeweiliges Kästchen ankreuzen.)

- Mit einer schriftlichen Patientenbefragung im Anschluss an die Behandlung bin ich einverstanden. (Bei Nichtteilnahme an der Patientenbefragung entstehen mir keine Nachteile).
- Mit der Verwendung meiner Daten in pseudonymisierter Form zu Zwecken statistischer bzw. wissenschaftlicher Auswertungen/Qualitätssicherung bin ich einverstanden. (Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf meine Teilnahme).

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten/gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

### Einwilligung in die Teilnahmebedingungen

Datum, Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters

### Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung

Datum, Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters

**Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung chirurgisch zu behandelnder Kinder zwischen dem BKK LV Mitte und der Nordpark Ärztenetz GmbH**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der „Besonderen Versorgung“ interessieren.

**Hochwertige Behandlung**

Durch diese besondere Versorgung mit kinderchirurgischen Leistungen bietet Ihnen Ihre BKK im Alter von bis zu 18 Jahren eine Betreuung und medizinische Versorgung innerhalb einer festgelegten Behandlungskette aus einer Hand an. Durch die optimale Vernetzung der spezialisierten Fachärzte, fortschrittliche Technik und moderne Operationsverfahren wird die kinderchirurgische Versorgung in hoher Qualität in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte, in Praxiskliniken oder belegärztlich am Krankenhaus erbracht. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine postoperative Nachsorge im überwachten Bett möglich.

Ziele dieses besonderen Versorgungsangeboten sind die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, die Verkürzung der üblichen Behandlungsdauer sowie die Reduktion körperlicher und psychosozialer Belastung für die chirurgisch behandelten Kinder und deren Eltern.

**So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen**

Sie erklären Ihre **freiwillige** Teilnahme durch Ihre Unterschrift\* bzw. durch einen gesetzlichen Vertreter auf der Teilnahmeerklärung. **Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer BKK widerrufen.**

**Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Sie eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform erhalten haben, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Es entstehen Ihnen für die Leistungen dieser besonderen Versorgung keine Kosten

**Bindungsfrist**

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung durch Sie bzw. einen gesetzlichen Vertreter und endet automatisch mit Abschluss der postoperativen Behandlung, im Regelfall am 21. postoperativen Tag. Eine Kündigung während der zeitlichen Bindung kann nur beim Vorliegen außerordentlicher Gründe erfolgen (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung bzw. -verlegung). Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax, E-Mail) an Ihre BKK zu senden.

Ihre aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung des ärztlichen Rates. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Operateur gebunden. Bei einem Pflichtverstoß können Ihnen Leistungen dieser besonderen Versorgung versagt oder die aus einer Pflichtverletzung entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden. Das gilt ausdrücklich nicht für etwaige Notfälle, insbesondere bei einer persönlichen Gefährdungssituationen, in der die Inanspruchnahme eines ärztlichen Notdienstes zwingend erforderlich ist.

## Anlage 6b Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Zur Sicherstellung des Datenschutzes möchten wir Sie über die folgenden Einzelheiten der Datenerhebung im Falle Ihrer Teilnahme an der Vereinbarung informieren.

### Hinweise zum Datenschutz

- Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen zur Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet. Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.
- Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (z.B. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt vorhanden sind, werden nur von dem teilnehmenden Arzt und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von dem Arzt, gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Ihre BKK hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinische Behandlungszentren.

### 1. Verantwortliche für den Datenschutz sind gemeinsam

- a. Nordpark Ärztenetz GmbH, Riethstraße 1a, 99089 Erfurt
- b. BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover (info@bkkmitte.de)
- c. Teilnehmende Betriebskrankenkassen, insoweit vertreten durch den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover.

Die oben genannten Verantwortlichen beachten vereinbarungsgemäß die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die aus der DS-GVO sich ergebenden datenschutzrechtlichen Verpflichtungen sowie die dafür erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen eigenständig sicher.

2. Der **Datenschutzbeauftragte** der Nordpark Ärztenetz GmbH ist unter obiger Adresse zu erreichen. Sie haben außerdem das Recht auf **Beschwerde** bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde. Richtet sich Ihre Beschwerde gegen eine bundesunmittelbare Betriebskrankenkasse oder die SVFLG, können Sie sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Datensicherheit (BfDI), Husarenstraße 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) wenden. Andernfalls ist die/der jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragte des Landes zuständig, in dem die jeweils vom Datenschutzvorfall betroffene Körperschaft ihren Sitz hat.

3. Die personenbezogenen Daten, die im Rahmen der vorgenannten Vereinbarung / verarbeitet werden, dienen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung und des Vertragscontrollings.

4. Die personenbezogenen Daten werden zwischen dem Arzt und dem Abrechnungsdienstleister sowie der Krankenkasse ausgetauscht. Darüber hinaus können die Informationen in pseudonymisierter Form an ein externes wissenschaftliches Institut zur Sicherung der Behandlungsqualität weitergeleitet und anschließend anonymisiert ausgewertet werden. Die Einwilligung in die erweiterte Datenverarbeitung zum Zwecke statistischer bzw. wissenschaftlicher Auswertungen ist freiwillig hat keinen Einfluss auf Ihre Teilnahme.

5. Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten nur solange gespeichert, wie sie für die Abrechnung der am Programm beteiligten Vertragspartner sowie zu Prüfzwecken erforderlich sind.

## Anlage 6b Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

6. Sie haben im Rahmen der Regelungen der DS-GVO in den dort genannten Fällen ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

7. Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur 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 Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

8. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen, soweit nicht gesetzlich vorgeschriebene Bindungsfristen nach einer zunächst erklärten Teilnahme berührt werden. Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist daher eine weitere Teilnahme an dem Versorgungsprogramm nicht mehr möglich. Die erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden, (bspw.; kumulativ oder alternativ) wie sie zur Durchführung und Abrechnung der besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung oder den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.