

Anlage 6.1 Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

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



Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V i. V. m. § 68a SGB V über die Durchführung einer videobasierten Online-Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern

>>>Name der BKK<<<

Vertragskennzeichen 120A1400515

Bitte übermitteln Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

medicalnetworks CJ GmbH
Fax. Nr. 0561-766 855 99

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

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

Zu den Leistungserbringern dieses Versorgungsvertrages gehören:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Psychologische Psychotherapeuten
- Psychiater

Weitere beteiligte Stellen sind:

- >>>Name der BKK<<<
- medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über den Behandlungsprozess nach diesem Vertrag durch meinen behandelnden Psychotherapeuten/Psychiater informiert wurde.

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, die Behandlung nur durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer durchführen zu lassen und ein Verstoß gegen diese Vorgaben zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Betriebskrankenkasse führen kann.
- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden,

- sowie diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag.
- **ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch 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 schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ich stimme zu, dass

- sich mein Therapeut mit einem anderen Therapeuten oder Psychiater über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauscht. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Therapeuten / Ärzte von Ihrer Schweigepflicht.
- Ja**, ich möchte an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung teilnehmen.
- Ja**, ich wurde vom Leistungserbringer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:

Hiermit erkläre ich,

- **dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) 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 pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung. 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.**

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters