

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Nordost



Versand an:

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Beleglesezentrum (ZD/4/2/1)
14456 Potsdam

003

Vertragskennzeichen: 12072100113

Tel.-Nr. (Angabe freiwillig)

Grid for telephone number input

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Grid for email address input

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider Patienten

Einschreibung Einschreibedatum (bitte das heutige Datum)

Arztwechsel

Wohnortwechsel

TTMM 20 JJ date picker

Name der Ärztin/des Arztes

LANR

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordost teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordost informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen.

II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der AOK Nordost umfassend informiert und stimme dieser zu.

- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen.
- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung

(Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

* Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Bitte das heutige Datum eintragen

TTMM 20 JJ date picker

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrages gemäß § 140a SGB V erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

TTMM 20 JJ date picker

Unterschrift und Stempel Arzt

Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Vertrag zur Förderung und Verbesserung der patientenorientierten ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie am o. g. Vertrag teilnehmen möchten. Hierzu möchten wir Sie nun näher über Ihre Teilnahme informieren. Der Vertrag beinhaltet die besondere Versorgung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen. Die AOK Nordost möchte Ihnen mit diesem Programm eine auf Sie angepasste optimierte vorsorgliche, diagnostische und therapeutische Behandlung ermöglichen, die Ihr behandelnder Hausarzt gemeinsam mit Ihnen bespricht und umsetzt. Im Vordergrund stehen dabei auf Sie angepasste bedürfnisorientierte, einheitliche Behandlungsstrategien, die dazu beitragen sollen, dass Sie trotz chronischer Erkrankungen das Älterwerden positiv erleben.

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Die Teilnahme am Programm setzt Ihre schriftliche Zustimmung voraus.
Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.
Die Einschreibung kann nur bei einem Hausarzt erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- **Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch bei der AOK Nordost widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Nordost oder von ihr beauftragte Dritte Ihnen eine Belehrung über Ihr 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 Nichtausübung des Widerrufsrechtes können Sie Ihre Teilnahme jederzeit mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals durch formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Nordost beenden. Die Frist beginnt frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Nordost. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Fristende liegt, ist dieser Termin maßgebend.

Ihre Teilnahme endet

- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung (§ 10 SGB V) bei der AOK Nordost.
- mit dem Ausscheiden des gewählten Hausarztes aus diesem Vertrag.
- bei Beendigung dieses Vertrages.
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung, -löschung und -nutzung im Rahmen Ihrer Teilnahme.

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- im Datenbestand der AOK Nordost ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- der o. a. Vertrag für die Behandlung/Versorgung ausschließlich die beteiligten Hausärzte vorsieht. Andere Leistungserbringer sind von dieser speziellen Behandlung/Versorgung grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn medizinische Gründe sprechen gegen einen Ausschluss.
- die mit Ihrer Erkrankung zusammenhängenden medizinischen Daten (zum Beispiel Untersuchungsergebnisse) von den beteiligten Hausärzten dokumentiert werden.
- die Hausärzte Ihre Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für Ihre konkret anstehende Behandlung bzw. das Fallmanagement erforderlich ist.
- die AOK Nordost von der KV Berlin die Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.

Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

- Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine wesentliche Voraussetzung für die Datenerhebung ist der Datenschutz, der nach den gesetzlichen Bestimmungen genau eingehalten wird.
- Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt nach Beendigung der Teilnahme (mit Ende des Geschäftsjahres) eine Archivierung der Daten für vier Jahre. Soweit nicht gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen, werden diese Daten nach Ablauf dieser Frist vernichtet.

Was passiert bei einer Evaluation?

- Ärzte und Wissenschaftler, die an der Entwicklung dieses Programms beteiligt sind, möchten eine wissenschaftliche Auswertung durchführen - dieses nennt man Evaluation.
- Bei Ihrer Behandlung werden von den beteiligten Hausärzten Daten erhoben, die auch für eine Evaluation benötigt werden. Hierfür sind unter anderem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht) und zum medizinischen Verlauf der Erkrankung (z. B. Notfälle) notwendig.
- Für eine Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages und die Einwilligungen zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“ der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. **Der Widerruf ist zu richten an die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam.** Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf der Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass Ihre Teilnahme am Vertrag endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“, der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

III. Erläuterungen zum Datenschutz

Wofür erhebt und verarbeitet die AOK Nordost Ihre Daten?

Um die Teilnahme am Vertrag zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider Patienten zu gewährleisten, verarbeitet die AOK Nordost die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden von Ihnen aufgrund Ihrer Einwilligung erhoben. Die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1c sowie Art. 9 Abs. 2b DSGVO und § 284 Abs. 13 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V.

Welche Daten erheben und verarbeiten wir?

- Daten zu Ihrer Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
- Daten zum Versicherungsverhältnis
- Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
- Daten zu Leistungserbringern (Arzt)

Werden persönliche Daten von Ihnen weitergegeben und wenn ja, an wen, zu welchem Zweck und in welchem Umfang?

Für eine Evaluation werden Daten pseudonymisiert an einen Beirat (Ärzte und Wissenschaftler) weitergegeben. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist bei dieser Weitergabe ausgeschlossen. Näheres dazu unter der Überschrift „Welchen Weg nehmen Ihre Daten?“.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK Nordost, Versorgungsbetreuung (VM/3), 14456 Potsdam
Telefon: 0800 2650800 (kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz),
E-Mail: service@nordost.aok.de,
Internet: <https://nordost.aok.de>

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragte der AOK Nordost, 14456 Potsdam,
E-Mail: Datenschutz-Service@nordost.aok.de

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK Nordost zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:
aok.de/nordost/datenschutzrechte

Muster