

Anlage 2)

zum BKK-Vertrag gemäß § 140a SGB V
über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vor-
sorge-Verfahrens in Berlin

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
VKZ			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Ja, ich möchte an der Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens in Berlin teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird meiner Krankenkasse bereitgestellt.
- 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.

Ich wurde informiert

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und die zweijährige Bindungsfrist an das Angebot informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Ich wurde informiert, dass ich im Sinne einer ausreichenden Compliance regelmäßig meine Medikamente einnehme und vereinbarte Termine wahrnehme. Im Fall meiner fehlenden Mitwirkung kann die Krankenkasse - nach vorheriger Anhörung und Möglichkeit zur Nachholung gem. § 66 SGB I - als Ultima Ratio meine Teilnahme an dem Vertrag beenden.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

- Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von der Arztpraxis dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wird. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Belehrung über Widerrufsrecht

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen elektronisch, in Textform 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 Ihre BKK.

Datum / Einwilligungserklärung d. Patienten(in) oder d. gesetzl. Vertreters
für die Erklärung zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung eines ergänzenden Haut-
krebs-Vorsorge-verfahrens in Berlin



Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

- Im Rahmen der besonderen Versorgung werden Daten nur im gesetzlich erforderlichen Umfang erhoben, gespeichert und genutzt. Erforderliche Auswertungen erfolgen nur in anonymisierter Form.

Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme an der Versorgung und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags zu prüfen und die Teilnahme bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Einwilligung und Einverständniserklärung in die erweiterte Datenverarbeitung

- Mit der Verwendung meiner Daten in pseudonymisierter Form zu Zwecken statistischer bzw. wissenschaftlicher Auswertungen/ Qualitätssicherung/ Evaluation bin ich einverstanden. (Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf meine Teilnahme.)

Die beigefügte datenschutzrechtliche Versicherteninformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.

So können Sie teilnehmen

- **Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.

