

Anlage 1 zum Vertrag
über die ein erweitertes Angebot
zur Hautkrebsvorsorge nach § 140a SGB V
(Hautkrebsscreening)
zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
und
der Audi BKK

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

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten

Hautkrebsvorsorge-Verfahren

per Telefax an: 0 53 61 - 84 82 497

oder per Post an:
Audi BKK
Postfach 10 01 60
85001 Ingolstadt

Vertragsnummer: 12098400114

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der Audi BKK versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge- Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Audi BKK nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über die Leistungsinhalte, die Teilnahmevoraussetzungen und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Audi BKK übermittelt.

Eine Patienteninformation zum Vertrag Hautkrebsvorsorge-Verfahren wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich an diese Verpflichtung und diese Wahl mindestens 12 Monate gebunden bin. Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Das Ende der Versicherung bei der Audi BKK beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen oder mit der Beendigung des Vertrages.

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Belehrung über Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Kasse zu erklären. Zur Einhaltung der Frist, genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Machen Sie keinen Gebrauch von Ihrem Widerrufsrecht, sind Sie nach Ablauf der Frist mindestens ein Jahr an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß §140 a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige, die mir obliegenden Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel des Arztes

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Information zum Datenschutz entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an die Audi BKK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung an die Audi BKK übermitteln.

Die Audi BKK darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Hautkrebsvorsorge-Verfahren“ ausgesprochen wird.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach dem Teilnahmeende.

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Information zum Datenschutz und der Patienteninformation entnommen.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<input type="text"/>

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Einverständniserklärung zum Datenschutz