

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V22B

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

- Ersteinschreibung**
- Wechsel des homöopathisch tätigen Vertragsarztes**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen).

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Homöopathievertrag Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Homöopathievertrag Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Homöopathievertrages Sachsen in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Homöopathievertrages Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung dem Homöopathievertrag Sachsen teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung nach dem Homöopathievertrag Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des homöopathisch tätigen Vertragsarztes

Ich bestätige, für den vorgenannten Versicherten die Leistungen im Rahmen des Homöopathievertrages Sachsen zu erbringen.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel Vertragsarzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V22B

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

- Ersteinschreibung**
- Wechsel des homöopathisch tätigen Vertragsarztes**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen).

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Homöopathievertrag Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Homöopathievertrag Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Homöopathievertrages Sachsen in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Homöopathievertrages Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung dem Homöopathievertrag Sachsen teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung nach dem Homöopathievertrag Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des homöopathisch tätigen Vertragsarztes

Ich bestätige, für den vorgenannten Versicherten die Leistungen im Rahmen des Homöopathievertrages Sachsen zu erbringen.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel Vertragsarzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V22B

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

- Ersteinschreibung**
- Wechsel des homöopathisch tätigen Vertragsarztes**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen (Homöopathievertrag Sachsen).

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Homöopathievertrag Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Homöopathievertrag Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Homöopathievertrages Sachsen in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Homöopathievertrages Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung dem Homöopathievertrag Sachsen teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung nach dem Homöopathievertrag Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des homöopathisch tätigen Vertragsarztes

Ich bestätige, für den vorgenannten Versicherten die Leistungen im Rahmen des Homöopathievertrages Sachsen zu erbringen.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel Vertragsarzt

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung (Patienteninformation):

Liebe Patientin, lieber Patient,

Versicherte der AOK PLUS können an der Versorgung im Rahmen des Homöopathievertrages Sachsen teilnehmen, sofern

- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt gewählt haben.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Den allgemeinen Rahmen für die Umsetzung bilden § 73a SGB V und die im Homöopathievertrag Sachsen getroffenen Regelungen. Dieser Versorgungsvertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Die Regelungen des Vertrages ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Vertragsarzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch den Homöopathievertrag Sachsen mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Homöopathievertrag Sachsen ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht. Die Teilnahme an dieser Versorgung schränkt weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein. Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen werden durch den Vertrag ebenfalls nicht außer Kraft gesetzt.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages und grundsätzlich unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen übernimmt der homöopathisch tätige Vertragsarzt die Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den von dem gewählten Vertragsarzt vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur ihn für die homöopathische Behandlung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme in Notfällen.

Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter im selben Quartal bei verschiedenen homöopathisch tätigen Vertragsärzten eingeschrieben hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen homöopathisch tätigen Vertragsarzt zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen.

Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

- mit dem Ende der Vertragsteilnahme des gewählten homöopathisch tätigen Vertragsarztes, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt wählt oder
- bei einem Wechsel des Versicherten zu einem homöopathisch tätigen Vertragsarzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
- mit dem Ende dieses Vertrages.

Über das Ende der Teilnahme unterrichtet die AOK PLUS die betreffenden Versicherten schriftlich.

Bei wiederholter Nichtbeachtung der oben genannten Pflichten kann der Ausschluss des Versicherten aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Der Versicherte kann innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.

Bei einem Wechsel des homöopathisch tätigen Vertragsarztes füllt der Versicherte die TE/EWE beim neu gewählten homöopathisch tätigen Vertragsarzt erneut aus. Der Wechsel wird zum jüngsten auf der TE/EWE angegebenen Datum bzw. entsprechend der Mitteilung des Versicherten wirksam.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen.
2. meine Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. das der Homöopathievertrag Sachsen eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Homöopathievertrages Sachsen ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner zum Homöopathievertrag Sachsen bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. dem Homöopathievertrag Sachsen, den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem jeweils behandelnden Arzt obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des Vertrages gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung) beginnt.
7. ich an meine Teilnahme für ein Quartal gebunden bin und meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen spätestens zwei Monate vor Ablauf des Quartals schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt.
 - an dem Tag, an dem die besondere Versorgung abgeschlossen ist.
 - mit dem Ende des Homöopathievertrages Sachsen
9. meine Patientendaten in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner (AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) verwendet werden können.
10. Die AOK PLUS eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen wollen. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen

Die Einwilligung der Patientin/des Patienten in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Homöopathievertrages Sachsen ist Voraussetzung für die Teilnahme der Patientin/des Patienten an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den einschreibenden Arzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen des Homöopathievertrages Sachsen behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.
6. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie zwischen den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern übersendet werden können.
7. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag erhobenen Daten gegebenenfalls in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (datenschutz@plus.aok.de).

III. Widerrufsrecht gemäß § 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung (siehe unter I. Teilnahmeerklärung) innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.