Versand an: AOK Nordost - Die Gesundheitskasse Beleglesezentrum (ZD/4/2/1) 1456 Potsdam Versand an: AOK Nordost - Die Gesundheitskasse Beleglesezentrum (ZD/4/2/1) 1456 Potsdam Versand an: AOK Nordost - Die Gesundheitskasse Beleglesezentrum (ZD/4/2/1) 1456 Potsdam Versand an: AOK Nordost - Versandheitskasse - Versandheits	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Nordost
Costnidique torrung Verscheren M. Dawn DOB Vertragskennzeichem: 17072100001 Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität un Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität un Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung II. Einwilligungserklärung II. Einwilligungserklärung II. Einwilligungserklärung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte de ACK Nordost umfassend informiert und silmme dieser zu. (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätseicherung und Verbesserung er Programmis bezüglich der erbrachten Programmishalte bzw. zu meinen Wührschen auch telefonisch oder online kontaktieren un befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der ACK Nordost bemängen Denselbsteite erfolgen. (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. (Falls ja, bitte ankreuzen*) ich bit minme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. (Falls ja, bitte ankreuzen*) ich bit minme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. (Falls ja, bitte ankreuzen*) ich bit minme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wiss	Name, Vorname des Versicherten	
ACK Nordost - Die Gesundheitskasse Beleglescezentum (ZD/4/Z/1) 14456 Potsdam DOB Vertragskennzeichen. 17072100001 Vertragskennzeichen. 17072100001 Vertragskennzeichen. 17072100001 Vertragskennzeichen. 17072100001 Teilnahmer-und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität un Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung L. Teilnahmeerklärung Hiermit erkläre ich, dass ich an dem c. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordost teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalie, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem c. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordost internehmen verde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalie, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem c. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordost internehmen verde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalie, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahmerklärung zur Kennins genommen. III. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erheitung, Verarbeitung, Laschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des c. g. Vertrages für Versicherte der AOK Nordost umfassend informert und stimme dieser zu. [Falls ja, bilte ankrauzen*] ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) vervendet werden Gürfen. [Falls ja, bilte ankrauzen*] ich bin damt leinverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt mich über die Vorteile und Neuigkelten der AOK-Angebelte informieren und berraten zu können, auch per E-Mail. Telefon oder SNS. Diese Einwilligung auf ein jederztet wilderunfen. 1 III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung 2 III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung 3 III. Einwilligung auf ein zu der Schale einzeln mit Wirkung für eie Zukunft wilderufen. Ein Wideruf berühn nicht die Rechtmäßigkeit der bin auf der Grundlage dieser Einwilligung erigigen kern	geb. am	Versand an:
14456 Potsdam 14456 Potsdam 14456 Potsdam 14456 Potsdam 14456 Potsdam 14456 Potsdam 14566 Potsdam 14566 Potsdam 14566 Potsdam 14566 Potsdam 15666 Potsda		AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Vertragskennzeichen: 17072100001 Weiter Wei	ostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
Vertragskennzeichen: 17072100001 Weiter Wei	Retriehsstätten-Nr Arzt-Nr Datum	nna
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität un Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung I. Teilnahmeerklärung Hermit 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 mit chronischer informiert. Mir is bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welcne Verpflichtungen ich einigene und welche Mitwirkunge von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen Eräuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rehmen des o. g. Vertrages für Versicherte die AOK Nordost umfassend informiert und stimme dieser zu. (Falls ja, bilte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung erprogramms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen dar 1.0 Be Kontskiterung kann durch einen von der AOK Nordost berüftigste Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen dar 1.0 Be Kontskiterung kann durch einen von der AOK Nordost berüftigste Program für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evalusion) verwendet werden dürfen. (Falls ja, bilte ankreuzen*) Ich bil damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neutzigkeite der AOK-Angebete informieren und berarten zu können, auch per E-Mail, Teilefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit wizien mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis auf der Grundige dieser Einwilligung erfolge		003
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität un Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung 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 munfassend über die Inhalte, Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkung von mir gefordert werden. Ich habe die tuckseitigen Erfauterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen und verben die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte de AOK Nordost und versicherten und Verbesserung genommen der Serven versicherten und Verbesserung versicherten und Verbesserung versichen der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und Verbesserung versichen versichen versichen von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. [Falls ja, bitte ankreuzen*] Ich stimme zu, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten kontaktieren und befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. [Falls ja, bitte ankreuzen*] Ich bin damit einwerstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neutgielten der AOK-Angebote Informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Teilefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederziel diagen mit Wirkung für die Zukun* widerwien. Ein Wideruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bie auf der Gundlage dieser Einwilligung erkonne in Mit Wirkung für die Zukun* widerwien. Ein Wideruf berührt nicht berührt. **Diese Einwilligungen kann ich jederziel diagen mit Wirkung für die Zukun* widerwien. Ein Wideruf berührt nicht berührt. **	ılNr. (Angabe freiwillig)	Vertragskennzeichen: 17072100001
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität um Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin Ersteinschreibung I. Teilnahmeerklärung Hiemit 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 mit sentragen versichen ich habe die trückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen von mir gefordert werden. Ich habe die trückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen in büber die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte de AOK Nordost unfassend informiert und stimme dieser zu. [Falls ja, bitte ankreuzzen*] Ich stimme zu, dass die AOK Nordost meine zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung erprogramminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren under gegen der 1. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. [Falls ja, bitte ankreuzzen*] Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. Jil. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung [Falls ja, bitte ankreuzzen*] Ich bin dämit diriverstanden, dass dio AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neutgiekten der AOK-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Teilefon oder SMS. Diese Einwilligunge kann is jederziel rüseh wiederung. Die Teilnahme am Vertrag wird dedurch nicht berührt. **Diese Einwilligungen kann is jederziel rüsen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Wideruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bie auf der Grundlage dieser Einwilligung erkonan in Mehung her die Zukunft wi		
I. Teilnahmeerklärung Hermit 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 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. Mit is bekannt, weiche besonderen Bedingungen gelten, weichere Verpflichtungen ich eingehe der AOK nord informiert. Mit is bekannt, weiche besonderen Bedingungen gelten, weichere Verpflichtungen ich eingehe weiche Mitwirkunge von mit gefordert werden. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. II. Einwilligungserklärung II. Einwilligungserklärung II. Einwilligungserklärung II. Einwilligungserklärung Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung of Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost beauftragten Diensteilsieter erfolgen. [Fells ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung [Fells ja, bitte ankreuzen*) ich bit damit einwerstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mall, Telefon oder SMSt. Diese Einwilligunge kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerur berührt nicht die Rechtmaßigkeit der bis auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgen	Mail-Adresse (Angabe freiwillig)	rocoocoocoocoocoo
I. Teilnahmeerklärung Hiermit erklärung 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 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. Mit is bekannt, welche besonderen Bedingungen gellen, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mittvirkung von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte de 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 of Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren urbeifagen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung of Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren urbeifagen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Nordost beauftragten Diensteiseter erfolgen. (Falls ja, bitte ankreuzen*) ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. III. Einwilligung zu allgemeinen Datennutzung - (Falls ja, bitte ankreuzen*) ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mall, Telefon oder SMS. Diese Einwilligunge kann ich jederzeit einzeln mit Wir		
Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte de 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 of 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. III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, 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 bis auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt. Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten		
(Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen. III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-Angebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligunge kann ich jederzeit widerrufen. * Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt. Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten T	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen Ell. Einwilligungserklärung	ichtungen der Teilnahme an dem o.g. Vertrag für Versicherte der AOK Nord gungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen.
III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, 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 bis auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt. Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten T	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die Programms bezüglich der erbrachten Programminh	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten Bitte das heutige Datum eintragen T T M M 2 0 J J Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen) Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrage gemäß § 73a SGB V erfüllt sind. Bitte das heutige Datum eintragen Unterschrift und Stempel Arzt	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. Ine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissen-
Bitte das heutige Datum eintragen T T M M 2 0 J J Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen) Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrage gemäß § 73a SGB V erfüllt sind. Bitte das heutige Datum eintragen Unterschrift und Stempel Arzt	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei schaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet wer III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstand mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-AnsMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrut Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirk	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. In Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenden dürfen. Iden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, igebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder fen. ung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis
Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen) Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrage gemäß § 73a SGB V erfüllt sind. Bitte das heutige Datum eintragen Unterschrift und Stempel Arzt	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u. AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei schaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet wer III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstand mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-An SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerruf * Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirk auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbe	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. Ine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenden dürfen. Iden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, gebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder fen. ung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis itung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.
Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrage gemäß § 73a SGB V erfüllt sind. Bitte das heutige Datum eintragen Unterschrift und Stempel Arzt	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u. AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei schaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet wer III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstand mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-An SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerruf * Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirk auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbe	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. Ine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenden dürfen. Iden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, gebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder fen. ung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis itung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.
	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung u AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei schaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet wer III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstand mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-AnsMs. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerruf Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirk auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbe Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Verseltte das heutige Datum eintragen	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. Ine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenden dürfen. Iden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, gebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder fen. ung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis itung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.
	Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflinformiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Beding von mir gefordert werden. Ich habe die rückseitigen E. II. Einwilligungserklärung Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung ur AOK Nordost umfassend informiert und stimme diese Programms bezüglich der erbrachten Programminh befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass mei schaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet wer III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstant mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK-AnsMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrut Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirk auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbe Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Verstelle das heutige Datum eintragen T. T. M. M. 2. 0. J. J. Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auch bestätige, dass für den vorgenannten Versicherte	ichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Nordgungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkunge Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen. Ind Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der zu. AOK Nordost mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung dalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren u von der AOK Nordost beauftragten Dienstleister erfolgen. Ine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenden dürfen. Iden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten speichert und nutzt, gebote informieren und beraten zu können, auch per E-Mail, Telefon oder fen. ung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis itung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt. Sicherten Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertre unszufüllen)

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

- Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.
- Teilnahmevoraussetzungen:
 - Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Nordost Die Gesundheits-kasse versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.
 - Bei Ihnen liegt die gesicherte Diagnose chronische Hepatitis C gemäß ICD (B 18.2, G) vor.
 - Durch Ihre individuelle Lebens- und Krankheitssituation sind Sie in der Lage, den mit dem behandelnden Arzt abgestimmten Betreuungsplan ggf. auch den Therapieplan zu befolgen.

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

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag Ihrer Unterschrift der Teilnahmeerklärung.
- Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Nordost widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. 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.
- Sie binden sich mit der Teilnahmeerklärung für mindestens ein Jahr an die Teilnahme am Vertrag. Nach Ablauf dieser Jahresfrist können Sie Ihre Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der AOK Nordost mit Wirkung für die Zukunft kündigen. Die Teilnahme endet 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 Eingang der Erklärung bei der AOK Nordost liegt, ist dieser Termin maßgebend.
- Die Einschreibung kann nur bei einem teilnehmenden Arzt erfolgen.
- Die Behandlung nach diesem Vertrag kann nur bei teilnehmenden Vertragsärzten durchgeführt werden.
- Mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der AOK Nordost Die Gesundheitskasse endet Ihre Teilnahme. Ebenso mit dem Ausscheiden des gewählten Arztes aus dem Vertrag sowie mit Beendigung des Vertrages. Darüber hinaus endet Ihre Teilnahme,
 - 1. wenn der Therapieerfolg insbesondere durch Nichteinhaltung des abgestimmten Therapieplanes gefährdet ist oder
 - 2. wenn der Therapieerfolg nach nachgewiesener HCV-Eradikation spätestens in Woche 24 nach der Therapie erfolgt ist.

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 erklären sich damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Arzt an die AOK Nordost Die Gesundheitskasse weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand der AOK Nordost Die Gesundheitskasse ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinische Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und ggf. einem zweiten Arzt (ggf. Zweitmeinungsverfahren notwendig) ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.
- nach Abschluss einer antiviralen Therapie Ihr behandelnder Arzt in anonymisierter Form sowohl Ihren Genotypen als auch die jeweilige Viruslast an die AOK Nordost zu Zwecken der Evaluation übermittelt.
- die Analyse der Verordnungsdaten (anonymisiert) im Rahmen der Bewertung des Vertrages erfolgen darf.
- die AOK Nordost Die Gesundheitskasse bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragsarzt und/oder Vertragspartner darüber informiert.

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 zwei Jahre. Soweit nicht gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen, werden diese Daten nach Ablauf dieser Frist vernichtet.
- Für die Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen. Auch der Fragenbogen, den Sie nach Ende des Programms ausfüllen, ist ebenfalls pseudonymisiert.

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" kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per E-Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtsmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass ihre Teilnahme an dem Programm 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 Versorgungsprogramm für Patienten mit chronischer Hepatitis C in Berlin 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 (CM/1), 14456 Potsdam

Telefon: 0800 2650800 (kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz),

E-Mail: versorgungsbetreuung@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

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.