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

AOK Die Gesundheitskasse.

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

003

Vertragskennzeichen: **17072100001**

Tel.-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und 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 informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkungen 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 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.

☐ **III. 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

T T M M 2 0 J J

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 § 73a SGB V erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M 2 0 J J

Unterschrift und Stempel Arzt

LSR 03/2021

Vi

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.

U.

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.

Vi