

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

TEILNAHMEERKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

mpMRT Prostata

Vertragskennzeichen: 120A1561044

Ich möchte an der besonderen Versorgung bei Verdacht auf oder gesicherter Diagnose Prostatakarzinom teilnehmen und erkläre hiermit, dass ich

- gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte,
- bei der IKK classic versichert bin,
- über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt wurde,
- die mir ausgehändigte „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ gelesen, verstanden habe und damit einverstanden bin,
- Gelegenheit hatte meinem u. g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden und
- unverzüglich die IKK classic informiere, wenn sich Änderungen zu meinen Angaben wie beispielsweise Wohnortwechsel ergeben.

Ich wurde informiert darüber, dass

- die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung freiwillig ist, mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung beginnt und für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen,
- ich innerhalb von 14 Tagen nach Abgabe diese Erklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift ohne Angabe von Gründen widerrufen kann und im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist,
- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und die Teilnahme nach 12 Monaten endet,
- eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme nur aus wichtigem Grund erfolgen kann, z. B. bei gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis,
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (z. B. Ärzte) in Anspruch nehme,

- sich Ärzte mit meinem u. g. Behandler/Leistungserbringer über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen dieser besonderen Versorgung austauschen und
- bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung die Teilnahme an der besonderen Versorgung beendet werden kann. (gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall)

Mir ist bewusst, dass ich

- jederzeit das Recht habe, die dokumentierten Daten für mich einzusehen,
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden, soweit diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag,
- die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Verarbeitung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGB V informiert worden bin.
- Ich willige ein, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (z. B. Medizinischer Dienst - MD) übermittelt werden.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK classic 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 die IKK classic.

Bestätigung des teilnehmenden Arztes

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie Verarbeitung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und zur Datenverarbeitung

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters