

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der beigetretenen Krankenkasse zum Vertrag nach §140a SGB V zur leitlinienorientierten Diagnostik und Therapie einer chronischen Koronaren Herzkrankheit sowie den Einsatz von nicht-invasiven Verfahren zum Nachweis einer chronischen Koronaren Herzkrankheit mittels Kardio-CT bzw. Kardio-MRT.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung von Versicherten mit (Verdacht auf) chronische koronare Herzerkrankung (KHK) auf Basis des zwischen meiner Krankenkasse und der MEDIQX health management GmbH (MEDIQX) geschlossenen Vertrages nach § 140a SGB V über die leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie einer chronischen Koronaren Herzkrankheit sowie den Einsatz von nicht-invasiven Verfahren zum Nachweis einer chronischen Koronaren Herzkrankheit mittels Kardio-CT bzw. Kardio-MRT. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages in Anspruch nehme.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Verarbeitung meiner Daten (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe die beigefügte datenschutzrechtliche Versicherteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

☐ **Optional:** Ja, ich möchte mit Hilfe meiner Daten eine wissenschaftliche Begleitung bzw. Evaluation unterstützen, um dadurch respektive die Versorgung von KHK-Patient:innen zu verbessern. Diese Einwilligung ist freiwillig, für die Durchführung der besonderen Versorgung nicht erforderlich und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Leistungserbringers

Ich bestätige, dass für den/die vorgenannten Versicherte/n die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm **Kardio-CT/-MRT** erfüllt sind:

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

Stempel **Leistungserbringer**

I. Information Teilnahmebedingungen:

Mit meiner Entscheidung an der besonderen Versorgung „Kardio-CT/-MRT“ teilzunehmen, erhalte ich eine einmalige innovative Diagnostik. Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, Verengungen der Herzkranzgefäße und eine damit einhergehende Minderdurchblutung des Herzens bei Verdacht auf oder bei Diagnose „Koronare Herzerkrankung“, mittels einer schnelleren und schmerzfreien Untersuchung durch Kardio-CT/ oder -MRT des Herzens feststellen zu können.

Die Diagnostik dient dem weiterbehandelnden Arzt zu Festlegung von therapeutischen Maßnahmen. Diese Art der medizinischen Versorgung eröffnet mir die Möglichkeit, bei meinem gewählten Leistungserbringer an einer leitliniengerechten- und qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung einer modernen Form der Diagnostik als Grundlage der nachfolgenden Behandlungsabläufe teilzunehmen. Als teilnehmender Versicherter einer dem Vertrag beigetretenen Krankenkasse nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Versorgung und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Versicherung bei einer dem Vertrag beigetretenen Krankenkasse bestehen muss.
2. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 4 beginnt und diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, gilt. Die freie Arztwahl nach § 76 SGB V wird außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt.
3. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich oder elektronisch, beginnt.
4. ich nach Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung meine Teilnahme innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, dann bin ich an den Vertrag und den behandelnden Leistungserbringer bis zum Abschluss der Versorgung gebunden.
5. ich meine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. bei Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) außerordentlich schriftlich oder elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Kündigungsgründe zu benennen.
6. die medizinische Verantwortung dem Leistungserbringer obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des Kardio-CT/-MRT-Vertrages gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
7. meine Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse gemäß den Teilnahmebedingungen erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich oder elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufe.
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht an diesem Kardio-CT/-MRT-Vertrag teilnimmt.
 - mit Abschluss der Kardio-CT/-MRT-Untersuchung, spätestens jedoch 3 Monaten nach der Einschreibung.
 - mit dem Ende des Kardio-CT/-MRT-Vertrages oder
 - mit dem Ende der Teilnahme meines behandelnden Leistungsbringers.
8. ich verpflichtet bin, nur am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, kann mich meine Krankenkasse von der Teilnahme am Vertrag ausschließen und ich bin bereit die durch die außervertragliche Leistungsanspruchnahme entstandenen Mehrkosten selbst zu tragen.
9. ich im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in versichertenbezogener Form (d. h. mit Personenbezug) und in die dafür erforderliche Bereitstellung meiner Daten an einen Evaluator schriftlich einzuwilligen. Die Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten zum Zweck der Evaluation ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist nicht abhängig von der Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten für die Evaluation.

Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse mir eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine Krankenkasse.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Kardio-CT/-MRT-Vertrag:

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 einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)] durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die für die Vertragsdurchführung erforderliche Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den einschreibenden Arzt bei Bedarf an meine Krankenkasse übersendet und das Original in der Arztpraxis aufbewahrt wird.
2. meine Krankenkasse und die MEDIQX für die Abrechnung bei Einschreibung folgende personenbezogenen Daten/Patientendaten erhält: Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Name Ihrer Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus und Teilnahmebeginn (Datum der Unterschrift)
3. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch MEDIQX vernichtet wird.
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 gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersandt werden können.
5. meine Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG (GWQ) und MEDIQX entsprechend § 295 Abs. 2 und § 295a SGB V im Rahmen der Leistungsabrechnung im Umfang der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhalten.
6. sich die Aufbewahrung und Löschung der personenbezogenen Daten, insbesondere bei Vertragsende, Widerruf der Teilnahmeerklärung, Beendigung der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligungserklärung, nach den für den Beteiligten geltenden, jeweils einschlägigen Bestimmungen richtet.

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 meiner Krankenkasse die Beendigung der Teilnahme am Kardio-CT/-MRT-Vertrag verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass mein Widerruf der Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an meine Krankenkasse. Die Kontaktdaten sind in der angefügten Liste teilnehmende Krankenkassen zu finden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich in der beigelegten Anlage „Versicherteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung“. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse und deren Datenschutzbeauftragten, kann ich der beigelegten Liste entnehmen.