

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

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an die zuständige Krankenkasse.

**Teilnahmeerklärung der Versicherten**  
**zur besonderen Versorgung bei Gestationsdiabetes nach § 140a SGB V**  
**(VKZ:.....)**

Ziel der Teilnahme an dieser Vereinbarung ist, an der intensivierten diabetologisch qualifizierten Versorgung für Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) – auch Schwangerschaftsdiabetes genannt - teilzunehmen.

Hiermit erkläre ich, dass ich an der Vereinbarung zur besonderen Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) teilnehme. Ich bin auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen worden.

Über die Rechte und Pflichten, die sich aus der Vereinbarung ergeben, wurde ich aufgeklärt. Ich verpflichte mich, für die Erfüllung des in dieser Vereinbarung umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich verpflichteten Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung der erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (Seite 2 dieses Formulars) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus der Vereinbarung austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Vereinbarung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine Krankenkasse.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Vertragsarzt

## Patienteninformation zum Datenschutz

Im Folgenden informieren wir Sie über Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Vereinbarung zur besonderen Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kassen im Saarland.

### **I. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?**

#### **1. Teilnahmeerklärung Versicherte**

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird von Ihnen direkt per Brief an Ihre Kasse gesandt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung geprüft.

#### **2. Abrechnung**

Damit Ihr gewählter diabetologisch besonders qualifizierter Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Arzt gem. § 295a SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei nach § 295 SGB V, die sie Ihrer Kasse verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt Ihre Kasse die Vergütung.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, überweisender Arzt, Behandlungstag, Abrechnungsnummer und Wert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

### **II. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung an der Vereinbarung.