

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: 12073100004)

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

1. Teilnahmeerklärung

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.

Mir ist bekannt, dass mit Ende meiner Mitgliedschaft bei meiner Krankenkasse die Teilnahme am Versorgungsprogramm endet.

Mir ist ebenso bekannt, dass meine im Rahmen des Versorgungsprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Versorgungsprogramm.

Ja ich möchte gemäß den Ausführungen am Programm teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung

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.

Ja ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Versorgungsprogramm

Ich willige in die in der „Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Versorgungsprogramm „Gestationsdiabetes“ durch die Kassen oder im Rahmen des Vertrages berechnete Dritte ausdrücklich ein.

Ja ich habe die „Patienteninformationen zum Datenschutz“ erhalten und diese sowie die vorstehende Belehrung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

4. Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung- und Verarbeitung

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.

Meine Widerrufserklärung kann ich an meine nachfolgend aufgeführte Krankenkasse richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse Halbergstr. 1 66121 Saarbrücken	BARMER Zentrum 73520 Schwäbisch Gmünd	DAK-Gesundheit Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 18 55130 Mainz	Handelskrankenkasse (hkk) Martinistr. 26 28195 Bremen	HEK – Hanseatische Ersatzkasse Vertragsmanagement Wandsbeker Zollstr. 86-90 22041 Hamburg
IKK Südwest Referat VV1 Berliner Promenade 1 66111 Saarbrücken	Kaufmännische Krankenkasse – KKH Vertragszentrum West Siegburger Str. 229c 50679 Köln	KNAPPSCHAFT Vertragswesen St. Johanner Str. 46–48 66111 Saarbrücken	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse Bereich Leistung Weißensteinstr. 70-72 34131 Kassel	Techniker Krankenkasse (TK) Besondere Versorgung (Vertragsnr.: 573015) 85820 München

Ein Widerruf bzgl. der Datenerhebung und -verarbeitung führt zum Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm

Ja ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

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. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

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.

3. Wie werden meine Leistungs- und Abrechnungsdaten bei meiner Krankenkasse verarbeitet?

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten wie bei jedem anderen Patienten nach den Grundsätzen der §§ 295, 295 Abs. 1b, 295a SGB V behandelt.

4. Wer ist der Empfänger meiner Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Verwenden). Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den/die nachfolgend aufgeführten Datenschutzbeauftragten der Kassen oder der KVS:

- Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Datenschutzbeauftragte/r, Europaallee 7-9, 66113 Saarbrücken, Tel: 0681/998370, Fax: 0681/99837140, E-Mail: datenschutz@kvsaarland.de
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Datenschutzbeauftragter, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg, Tel. 0800/4772000, E-Mail: datenschutz@service.rps.aok.de
- BARMER, Datenschutzbeauftragter, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal; E-Mail: datenschutz@barmer.de
- DAK-Gesundheit, Beauftragter für den Datenschutz, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg, E-Mail: datenschutz@dak.de
- Handelskrankenkasse (hkk), Datenschutzbeauftragter, Martinstr. 26, 28195 Bremen, E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de
- HEK - Hanseatische Ersatzkasse, Datenschutzbeauftragter, Wandsbeker Zollstr. 86-90, 22041 Hamburg, E-Mail: datenschutz@hek.de
- IKK Südwest, Datenschutzbeauftragter, Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken, Tel: 0681/936960
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@kkh.de
- KNAPPSCHAFT, Datenschutzbeauftragter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Wasserturm 215, 44781 Bochum, Tel: 0234/3040, Fax: 0234/30483990, E-Mail: datenschutz@kbs.de
- SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Datenschutzbeauftragte, Weißensteinstr. 70-72, 34131 Kassel, E-Mail: 150_DS_PF@svlfg.de
- Techniker Krankenkasse (TK), Datenschutzbeauftragter, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg, E-Mail: datenschutz@tk.de

II. Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten sinnvoll. **Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.**

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm.

1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Weitere Informationen zu den Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie u.a. auf www.aok.de/rps/datenschutzrechte

2. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

- Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland, Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 10 26 31, 66026 Saarbrücken, Telefon: 0681/947 81-0, Telefax: 0681/947 81-29, E-Mail: poststelle@datenschutz.saarland.de