An die
Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Ihre Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Innovationsfondsprojekt eRIKA für Phase 2 (01NVF21110)

Titel, Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

BSNR, LANR (wenn zutreffend) _____

In Kenntnis der Vertragsinhalte erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Versorgungsvertrag nach §§ 63, 64a SGB V zum Innovationsfondsprojekt eRIKA.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ausführlich und verständlich über die Inhalte und Ziele sowie die Durchführung der für das Projekt erforderlichen Verarbeitung meiner Daten informiert worden bin.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfülle.
- einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVS und der BARMER zustimme und damit für an dem Projekt teilnehmende Patient:innen als teilnehmende Praxis erkennbar bin.
- mit der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Projekt eRIKA freiwillig ist.
- die Teilnahme mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und erst endet, wenn diese Erklärung widerrufen wird oder die Phase 2 des eRIKA-Projekts beendet ist.
- ich mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung dem Versorgungsvertrag zwischen der BARMER, der KVS und dem SAV beitrete.

Ich willige in die für das Projekt notwendige Nutzung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ein. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Projektdurchführung und Evaluation erforderlich. Es werden Daten, sofern sie im Zusammenhang mit dem Projekt stehen, von der BARMER und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben.

Die Teilnahme an dem Projekt setzt die Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluationsstudie voraus. Die Einwilligung zur Erhebung der Studiendaten erfolgt separat

		.		.	2	0	

Datum _____ Unterschrift, Stempel

Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung zum Vertrag nach §§ 63, 64a SGV V – eRezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche Arzneimitteltherapiesicherheit

Ein vollständiger Medikationsplan ist Voraussetzung für eine sichere Verordnung und umfassende pharmazeutische Beratung. Diese Kenntnis der Gesamtmedikation fehlt jedoch häufig oder ist nicht auf dem aktuellsten Stand. eRIKA zielt darauf ab, die Verordnung und Versorgung mit Arzneimitteln durch einen jederzeit vollständigen und aktuellen Medikationsplans zu verbessern.

Dabei werden die entsprechenden Auflagen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) eingehalten. Alle eine:n Patient:in betreffenden Daten werden verschlüsselt in der Telematikinfrastruktur gespeichert und sind nur nach Einwilligung der Patient:innen für die an eRIKA teilnehmenden Praxen und Apotheken zugänglich.

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung treten Sie dem Versorgungsvertrag zwischen den Vertragspartnern BARMER, KVS und SAV bei.

Nach Eingang Ihrer Teilnahmeerklärung erhalten Sie eine Eingangsbestätigung.

Widerrufsbelehrung
Ich kann meine Teilnahmeerklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an erika@kvsaarland.de oder postalisch widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgenden Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf führt dazu, dass eine Teilnahme an diesem Projekt nicht mehr möglich ist.

Der Zugriff auf die Daten der betroffenen Versicherten wird dann durch die BARMER gesperrt, sodass diese nicht mehr eingesehen werden können. Die Daten werden gelöscht und stehen nicht mehr zur Verfügung. Ihren postalischen Widerruf zu eRIKA richten Sie bitte schriftlich an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken