

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

**TEILNAHMEERKLÄRUNG UND
EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENVERARBEITUNG**

**Besondere Versorgung zur Früherkennung
und Risikofeststellung von familiär
bedingtem Brust- und Eierstockkrebs
(FBREK-Vertrag)
Vertragskennzeichen: 121982VE006**

Ich möchte an zur Früherkennung und Risikofeststellung von familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs teilnehmen und erkläre hiermit, dass ich

- gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte,
- bei der IKK classic oder der IKK gesund plus 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 meine Krankenkasse 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 das Behandlungsende im Informationsblatt zum Versorgungsangebot näher erläutert wird,
- eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme nur aus wichtigem Grund erfolgen kann, z. B. bei Wohnortwechsel oder gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis,
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Therapieeinrichtungen) in Anspruch nehme 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 und
- die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.

Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGB V informiert worden bin.
- Ich bin damit einverstanden, dass sich die beteiligten Leistungserbringer am FBREK-Vertrag mit meinem u. g. behandelnden Arzt über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen dieser besonderen Versorgung austauschen. Hierfür entbinde ich den von mir aufgesuchten Arzt von seiner Schweigepflicht.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, 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 Ihrer Krankenkasse 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 Ihre Krankenkasse.

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 die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung 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

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

PATIENTENINFORMATION ZUR TEILNAHME UND ZUM DATENSCHUTZ

zum Vertrag der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Früherkennung und Risikofeststellung von familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot zur Früherkennung und Risikofeststellung von familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs interessieren. Erfahren Sie mehr zu den Leistungen dieser Versorgung, der Teilnahme und dem Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

Diese Leistungen erwarten Sie

- umfangreiche Familienanamnese mittels Erstellung eines Familienstammbaums und Bestimmung der aufgetretenen familiären Brust- und Eierstockkrebsfälle
- Genanalyse
- bei festgestelltem hohem Erkrankungsrisiko Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen (Tastuntersuchung der Brust, MRT, Mammografie, Ultraschall, Biopsie)
- Beratung hinsichtlich prophylaktischer Entfernung der Brust oder des Eierstockes

So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen

Sie erklären Ihre **freiwillige** Teilnahme durch Ihre Unterschrift bzw. durch einen gesetzlichen Vertreter auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung. Auf dem Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für Sie kostenfrei.

Ihr Widerrufs- und Kündigungsrecht

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen **widerrufen**. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Eine Kündigung vor Ablauf des vertraglich vereinbarten Teilnahmeendes kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse erfolgen. Bitte beachten Sie, dass Sie dann mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie selbstverständlich weiterhin die im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung, beschriebenen Leistungen beanspruchen. Ihren Widerruf oder Ihre Kündigung richten Sie bitte an die jeweilige IKK, bei der Sie versichert sind:

IKK classic, Besondere Versorgung, Albrecht-Thaer-Straße 36-38, 48147 Münster

IKK gesund plus, Servicestelle Krankenhaus, 39092 Magdeburg, info@ikk-gesundplus.de

Ihre Unterstützung ist uns wichtig!

Wir möchten, dass für Sie ein optimales Behandlungsergebnis erreicht wird. Dafür ist Ihre aktive Mitwirkung wichtig. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung des ärztlichen Rates. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden. Bei nicht abgestimmter Inanspruchnahme weiterer Ärzte für **diese** Behandlung können Sie von dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Das gilt ausdrücklich nicht für etwaige Notfälle, insbesondere bei einer persönlichen Gefährdungssituation, in der die Inanspruchnahme eines ärztlichen Notdienstes zwingend erforderlich ist.

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass bestimmte Daten von Ihnen erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und im Sozialgesetzbuch geltenden Regelungen zum Datenschutz – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Ohne Ihre Einwilligung kann eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht erfolgen.

Daten bei Ihrem behandelnden Arzt

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt vorhanden sind, werden nur vom teilnehmenden Arzt und – bei möglichen Komplikationen – vom Medizinischen Dienst eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die vom Arzt gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf diese Befund- und medizinischen Behandlungsdaten.

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den beteiligten Leistungserbringern am FBREK-Vertrag notwendig. Durch Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme an diesem Vertrag sowie ärztliche Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte, Therapeuten und anderen Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der ärztlichen Befunde sowie die Weiterleitung an Ihre Krankenkasse und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. deren Umfang bestimmen.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Abrechnung der nach dieser besonderen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt auf Grundlage von § 295a SGB V an die Krankenkassen. Die zur Abrechnung erforderlichen Daten werden auf elektronischem Wege übermittelt. Eine datenschutzkonforme Abrechnung wird sichergestellt. Bei den übermittelten Daten handelt es sich um Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert. Sie können jederzeit Auskunft über die im Rahmen der besonderen Versorgung zu Ihrer Person gespeicherten Daten bzw. Einsicht in Ihre Behandlungsakte bei Ihrem behandelnden Arzt erhalten.

Daten bei Ihrer IKK classic bzw. Ihrer IKK gesund plus

Durch die besondere Versorgung möchten die Krankenkassen eine bessere Versorgung gemeinsam mit beteiligten Leistungserbringern des FBREK-Vertrages anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzen die Krankenkassen Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten).

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V bei Ihrer Krankenkasse erhoben und gespeichert. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend, spätestens 10 Jahre nach Beendigung der Teilnahme, gelöscht. Sie haben das Recht auf

- Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Hierzu können Sie sich an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de, wenden.

IKK classic

Verantwortlicher:

IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
vorstand@ikk-classic.de

Datenschutzbeauftragter:

IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
datenschutz@ikk-classic.de
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Erfahren Sie mehr:

- über dieses Versorgungsangebot:



www.ikk-classic.de/fbrek

- über unsere Leistungen:



www.ikk-classic.de/leistungen

IKK gesund plus

Verantwortlicher:

IKK gesund plus
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg
info@ikk-gesundplus.de

Datenschutzbeauftragter:

IKK gesund plus, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg, datenschutz@ikk-gesundplus.de
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ikk-gesundplus.de/die-ikk/datenschutzrechte

Erfahren Sie mehr:

- über dieses Versorgungsangebot:



www.ikk-gesundplus.de/fbrek

- über unsere Leistungen:



www.ikk-gesundplus.de/leistungen