

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



Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten

Für die Besondere Versorgung nach Vertrag § 140a SGB V:
 „Hautkrebsscreening für junge Menschen (HKS u35)“
 Vertragskennzeichen: **120A1400541**

Teilnahmeerklärung des/der Versicherten

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und schränkt mein Recht auf freie Arztwahl nicht ein. Sie beginnt mit dem Tag, an dem ich im Wege der Aufklärung über Programminhalte und Datenwege meine Teilnahme und die Zustimmung erklärt habe. Der Beitritt beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einverständniserklärung durch mich. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Programminhalte mittels der Patienteninformation erhalten zu haben.

Eine gleichzeitige Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes bei verschiedenen am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern ist nicht möglich. Ich **versichere**, dass ich momentan nicht bei einem anderen am Versorgungsvertrag teilnehmenden Leistungserbringer Versorgungsangebote dieses Versicherungsvertrages in Anspruch nehme.

Ich bin grundsätzlich an den einschreibenden Dermatologen gebunden. Für einen Wechsel des Dermatologen unter den am Vertrag teilnehmenden ärztlichen Kooperationspartnern muss ich diesen im Vorfeld der Managementgesellschaft mitteilen. Dafür ist eine schriftliche Mitteilung an die Sanakey Contract GmbH (service@sanakey-portal.de) mit Angabe meiner KVNR (Krankenversicherten Nummer), des Stichtags des Wechsels und Name und Anschrift des neuen Dermatologen erforderlich. Ich bin mit dem Inhalt der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.

Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Besonderen Versorgung – Hautkrebsscreening für junge Menschen

Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein beratender Dermatologe über die Inhalte der vertragsgegenständlichen Besonderen Versorgung und die Versorgungsziele informiert hat.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer am Versorgungsvertrag teilnehmenden BKK versichert bin.
- ich freiwillig und kostenfrei an der Besonderen Versorgung teilnehme. Die freie Arztwahl wird dadurch nicht eingeschränkt.
- mich mein beratender Dermatologe ausführlich über meine Mitwirkung informiert hat. Meine aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis der Versorgung zu erreichen. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des therapeutischen Rates.
- ich darüber informiert bin, dass bei fehlender Mitwirkung gem. § 66 SGB I meine BKK die Leistungen innerhalb dieser Besonderen Versorgung ganz oder in Teilen versagen kann, sofern ich schriftlich -zur Anhörung- von ihr darauf hingewiesen wurde, meiner Mitwirkungspflicht innerhalb einer angemessenen Frist nachzukommen.
- bei ausreichender Mitwirkung und fruchtlosem Verstreichen der Anhörungsfrist meine BKK über die Beendigung meiner Teilnahme entscheiden kann.
- ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form sowie zur Niederschrift bei meiner BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- mit der Beendigung des Vertrages oder dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner teilnehmenden BKK.
- bei fehlender Mitwirkung.
- durch eine außerordentliche Kündigung, wenn besondere Gründe (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber meiner teilnehmenden BKK mit Wirkung für die Zukunft - spätestens 4 Wochen zum Quartalsende - möglich und wird von meiner BKK bestätigt. Darüber hinaus unterrichtet meine BKK den beratenden Dermatologen und die Sanakey Contract GmbH über die außerordentliche Kündigung

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und –verarbeitung

Mit der Einverständniserklärung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen stimme ich zu,

- dass die teilnehmenden Dermatologen berechtigt sind, die vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht) über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.
- dass ich einer Verarbeitung und Nutzung meiner in der Besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten zustimme.
- dass meine BKK und die Sanakey Contract GmbH berechtigt sind, die vorliegenden personenbezogenen Daten über mich und meine Erkrankungen einschließlich der mich betreffenden Diagnosen, die für die Abrechnung im Rahmen der besonderen Versorgung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten, zu nutzen. Die zur Abrechnung und zur Teilnehmerverwaltung notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Diagnosen, ICD, Versichertenstatus, Versichertennummer, erbrachte Leistung, Behandlungsdatum) dürfen durch die Vertragspartner bzw. die teilnehmenden Dermatologen an meine BKK übermittelt werden.
- dass ich die Patienteninformationen erhalten habe und die Hinweise zu meinen Rechten zur Kenntnis genommen habe. Ich habe eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung erhalten.
- dass meine Daten für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht werden.

Die Vertragspartner sind zur Evaluation der Wirksamkeit und Effektivität der Besonderen Versorgung verpflichtet. Sie werten zu diesem Zwecke Daten zu den in Anspruch genommenen Leistungen nach dem Vertrag über eine Hautkrebscreening für unter 35jährige aus. Diese Daten werden vor ihrer Auswertung anonymisiert. Das bedeutet, dass ein Bezug zu meiner Person dauerhaft nicht mehr möglich ist.

Die Vertragspartner und die teilnehmenden Dermatologen sind zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DSGVO, § 284 SGB V, §§ 67a ff. SGB X verpflichtet. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben und eine Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

- Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der Besonderen Versorgung „Hautkrebscreening für junge Menschen“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**
- Ja, ich habe die Hinweise zur Datenerhebung und –verarbeitung zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift“. Mir ist bekannt, dass ich alle Hinweise zu meinen Rechten in der Patienteninformation nachlesen kann.**
- Ich willige ein, dass meine Daten zu Forschungszwecken anonymisiert werden können und meine anonymisierten Daten, die mir nicht mehr zugeordnet werden können, auch nach dem Widerruf der Einwilligung verarbeitet werden können. Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Datum:

Mit o.g. Datum bestätige ich meine Teilnahme am Versorgungsvertrag zu den vorstehenden Bedingungen.

Unterschrift (Vor- und Nachname)