

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

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region Unna

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

via KIM (KIM-Adresse: PTE@kvwl.kim.telematik) oder im Original bei der KVWL einreichen

1. Teilnahmeerklärung:

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass mir bekannt ist, dass ich für die Dauer der Behandlung im Rahmen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung an diesen Vertrag gebunden bin und verpflichte mich, für den Zeitraum der Teilnahme nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen;
- dass ich darüber informiert wurde, dass bei Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Arztes, die Krankenkasse über die Beendigung der Teilnahme entscheiden kann;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt. Ich binde mich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnsitzwechsel);
- dass die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an dieser Vereinbarung ist dann aber nicht mehr möglich. Diese Teilnahmeerklärung wird der zuständigen Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und das Praxisnetz übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragsteilnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte, das Versorgungsteam und das Praxisnetz die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Darüber hinaus werden die genannten Daten innerhalb des Versorgungsteams zum Zwecke der gemeinsamen Versorgung ausgetauscht. Des Weiteren stimme ich entsprechend der erhaltenen Datenschutzzinformation der pseudonymisierten Auswertung zu Evaluationszwecken zu.

Die für diese Vereinbarung auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus der Vereinbarung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an der Vereinbarung „Versorgung von Pflegeheimbewohnern“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Die Patienteninformation und die Datenschutzzinformation habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel