

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

Stand: Dezember 2024

Anlage 2 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Modellvorhaben unter Nutzung des Programms Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik in Schleswig-Holstein

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an dem Vertrag gemäß § 63 SGB V teilnehmen möchte,
- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte, Ziele, die beteiligten Leistungserbringer sowie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten innerhalb dieser Vereinbarung informiert hat,
- ich das Merkblatt „Information zur Teilnahme und Datenverarbeitung“ erhalten habe,
- mir bekannt ist, dass die Teilnahme an dem in diesem Vertrag beschriebenen Versorgungsprogramm freiwillig ist und mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung wirksam wird,
- ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Schleswig-Holstein in Anspruch nehme.

2. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

- die beteiligten Ärzte die erforderlichen medizinischen und persönlichen Daten im Rahmen des Versorgungsprogramms verarbeiten und – sofern erforderlich – meine abgeschlossenen Fallinformationen reaktivieren,
- die Mitarbeiter, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ansässigen Geschäftsstelle, die für die Durchführung des Vertrages erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten,
- eine gemeinsame, elektronische Fallakte über meine Befunddaten geführt wird,
- die elektronische Fallakte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein technisch bereitgestellt und betrieben wird,
- meine Befunddaten bei besonderem medizinischem Interesse in eine fachübergreifende ärztliche Fallkonferenz einfließen, mit dem Ziel, die Diagnostik zu verbessern.

3. Widerruf

Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber dem behandelnden Gynäkologen oder der Geschäftsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6 in 23795 Bad Segeberg, E-Mail: quamadi@kvsh.de) widerrufen werden.

4. Widerrufsfolgen

Durch einen Widerruf der Teilnahme- oder Einwilligungserklärung wird die Teilnahme am Vertrag beendet. Leistungen im Rahmen des Vertrages können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden. Ihre bereits gespeicherten Daten werden ausschließlich zur Abwicklung der ärztlichen Abrechnung der Vertragsleistungen weiterverwendet und anschließend gelöscht. Nach dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erfasst.

Die Teilnahme endet:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Geschäftsstelle der KVSH oder beim Gynäkologen,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einer/einem nicht teilnehmenden Ärztin bzw. Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag,
- mit Ende der Teilnahme der/-s betreuenden Frauenärztin/-arztes,
- mit dem Wegzug aus dem Geltungsbereich des Vertrages (gilt nicht für AOK NordWest und BKK),
- nach Beendigung des Vertrages durch die Vertragspartner.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen am Vertrag teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum/Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel Arzt: