

## Einverständniserklärung

Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren im Rahmen der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

### Behandelnder Arzt<sup>1</sup>

---

### Angaben zur Person

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

### Erklärung

---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die für die Genehmigung einer Apherese-Behandlung erforderlichen Daten der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt werden. Die Daten wurden pseudonymisiert, das heißt bis auf Geschlecht und Geburtsjahr soweit unkenntlich gemacht, dass eine Identifikation meiner Person nur demjenigen möglich ist, der das Pseudonym besitzt.
- die zuständige Kassenärztliche Vereinigung
  - diese Daten zum Zweck der Überprüfung und Bestätigung der Indikation für die Apherese-Behandlung speichert und nutzt. Die Daten werden hierbei einer fachkundigen Kommission von Ärzten (Apherese-Kommission) zur Beratung vorgelegt, solange ich mich in der Behandlung des/der oben genannten Arztes/Ärztin befinde.
  - die pseudonymisierten Daten gemäß § 5 der Richtlinie an meine Krankenkasse weiterleitet.
  - meine Krankenkasse über das Beratungsergebnis der Apherese-Kommission informiert und die Krankenkasse diese Daten für die Überprüfung der Voraussetzungen der Apherese-Behandlung nutzt.
- das Pseudonym an meine Krankenkasse weitergeleitet wird, damit diese auf der Basis der Kommissions-Entscheidung für mich einen Leistungsbescheid erstellen kann.
- ggf. bei Anforderung der Unterlagen durch den Medizinischen Dienst (MD), die ergänzenden medizinischen Daten weitergeleitet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- sich meine Mitwirkungspflicht, deren Umfang und Grenzen aus den §§ 60 bis 66 SGB I ergeben.
- diese Behandlung nicht durchgeführt werden kann, sofern ich der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang nicht zustimme (§ 11 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Landesdatenschutzgesetzes; § 67a Abs. 3 Satz 2 SGB X).

### Unterschrift

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

---

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.