

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

<b>Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:</b>	
KKH Kaufmännische Krankenkasse, Postfach, 30125 Hannover	
Vertrags-Kennzeichen: 121012KK005	Vertrags-Nr.: entfällt

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

### Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

#### I. Teilnahmeerklärung

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.**

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer\* informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer\* bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer\* gebunden. In dem Informationsblatt zum Angebot werden das Behandlungsende und die regulären Kündigungsmöglichkeiten näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot einverstanden.

**Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.**

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme kann ich zusätzlich nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

#### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

##### **Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten**

Ich habe mit der Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert und verarbeitet werden und dass die Einwilligung freiwillig ist. **Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.**

Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen – spätestens nach 10 Jahren – gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Stand: 08/2022

\*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

## Widerrufsmöglichkeit

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung zur Verwendung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Für die Behandlung anderer Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch nehmen.

## III. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser besonderen Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht daran teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Versorgungsangebot ist hiervon unabhängig. Bei der Patientenbefragung schicke ich den Fragebogen ohne die Angabe meines Namens und weiterer persönlicher Daten an die KKH. Die Auswertung erfolgt anonymisiert.

Ja, die KKH darf mir Unterlagen zu einer Patientenbefragung zusenden.

Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) oder des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

### Vom einschreibenden Leistungserbringer\* auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder 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.

Datum

Unterschrift, Stempel

# Versicherteninformation

## 1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme können Sie dem Informationsblatt zum Angebot entnehmen.

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z. B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden.
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer\* ist gestört.
- Sie können Ihren Leistungserbringer\* aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Zusätzlich haben Sie das vertragliche Recht auf eine Kündigung. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen bis zum Quartalsende erfolgen.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an die Leistungserbringer\* gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, wenn Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern\*, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an die Leistungserbringer\* gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Leistungserbringer\* an einen anderen Leistungserbringer\* überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

## 2. Informationen zum Datenschutz

### **Umgang mit Ihren Daten**

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen am Vertrag Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozeduren-schlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10).

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

### **Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation / Gesundheitsdaten**

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer\* einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer\* können sie abrufen und nutzen. Alle beteiligten Leistungserbringer\* unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle beteiligten Leistungserbringer\* gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

\*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

## Qualitätssicherung

Ihre KKH möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

## Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Die Leistungserbringer\* übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Zur Übermittlung bedient sich der Leistungserbringer\* eines Dienstleisters: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer\* oder dem Dienstleister über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

## Datenverarbeitung für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer\* beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere separate Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dienstleister ist: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

## Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet. Gemäß Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist neben der KKH folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß DSGVO jederzeit das Recht, Ihre Daten bei allen Beteiligten einzusehen (Art. 15 DSGVO), abzurufen und die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 DSGVO), Übertragung (Art. 20 DSGVO) und Löschung (Art. 17 DSGVO) zu veranlassen. Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 DSGVO).

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Eine weitere Verarbeitung der Daten in den oben genannten Fällen erfolgt ab dem Zeitpunkt der Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf nicht mehr. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund der vorherigen Einwilligung bis zur Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf wird nicht berührt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf und Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: [service@kkh.de](mailto:service@kkh.de).

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Internetseite unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz). Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de).

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.