

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

gemäß § 8 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Behandelnde/r Ärztin/Arzt:

Angaben zur/m Patientin/en:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Ich bin darüber informiert worden, dass nach § 8 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung für die Sicherung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung die pseudonymisierte Übermittlung von personenbezogenen medizinischen Daten an eine Qualitätssicherungskommission in den nachfolgend genannten Fällen erforderlich ist. Die Qualitätssicherungskommission wird nach § 8 Abs. 1 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen eingerichtet.

Die Datenübermittlung an die Qualitätssicherungskommission erfolgt

- im Rahmen von vierteljährlichen Stichproben im Umfang von mindestens 2 % der Behandlungsfälle (§ 8 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).
- zur Prüfung einzelner Ärzte nach Beschluss und auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 8 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine/mein Ärztin/Arzt

- der Qualitätssicherungskommission nach § 8 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen alle für die Indikation und Therapie der Substitutionsbehandlung sowie der ergänzenden medizinischen Maßnahmen erforderlichen Daten (patientenbezogene Dokumentation, umfassendes Therapiekonzept und Behandlungsdokumentation mit Zwischenergebnissen) in pseudonymisierter Form (d.h. ohne die Nennung von personenidentifizierenden Angaben) mitteilt.

Für die oben genannte Übermittlung von Daten entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche über-

Patientenerklärung zum Datenschutz

mittelte Daten bei der oben genannten Stelle zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei der oben genannten Stelle gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung im oben genannten Umfang.
- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung. Mir ist bewusst, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf.

Ort/Datum

Unterschrift der/s Patientin/en