

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



#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Das Original ist durch den Arzt zu senden an:

Universitätsklinikum Dresden
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Abt. **Feto-Neonat-Pfad**
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel.: 0351/ 458 11945
 Fax.: 0351/ 458 88 11945

Eine Kopie ist für die **Patientenakte** bestimmt sowie eine Kopie zur Mitnahme für die **Patientin**

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Feto-Neonat-Pfad - Teilnehmerin

A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung **Feto-Neonat-Pfad**

nach § 140a SGB V auf Grundlage des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ erhalten, zur Kenntnis genommen und habe diese verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist daher insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme am Feto-Neonat-Pfad ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner/oder einer teilnehmenden Krankenkasse endet, der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder die Betreuung im Versorgungspfad durch das vorgeschriebene Behandlungsende erreicht wird.
- Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung an die beteiligten Leistungserbringer gebunden.
- Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an der besonderen Versorgung meine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert auf der zweiten Seite dieser Erklärung.

Widerrufsbelehrung
 Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Kontaktadressen meiner Krankenkasse sind in der „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ zu finden. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten

im Rahmen der besonderen Versorgung im Feto-Neonat-Pfad

- Die Einzelheiten der Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner Daten wurden mir anhand der Patienteninformation erläutert. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.
- Meine angegebenen Adressdaten dürfen von meinem zuständigen Pfadkoordinator genutzt werden, um mir eine schriftliche Befragung zum Zweck der psychosozialen Einschätzung im Feto-Neonat-Pfad zuzusenden und um Beantwortung und Rücksendung der Antwort per vorfrankierten Umschlag an den betreuenden Psychologen zu bitten.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenerhebung, -verarbeitung und -verwendung bei der besonderen Versorgung Feto-Neonat-Pfad nach § 140a SGB V auf Grundlage des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes gemäß § 92a Abs. 1 SGB V ein.

Die Patienteninformationen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Feto-Neonat-Pfad und eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

 Ort | Datum | Unterschrift Patientin

 Unterschrift aufklärender Arzt und Stempel

Erklärung der Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Evaluation des Innovationsfondsprojektes Feto-Neonat-Pfad gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

Über den Hintergrund, den Ablauf, die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung meiner Daten und das Ziel des Projektes wurde ich informiert. Weiterhin konnte ich Fragen stellen und habe die mir gegebenen Antworten verstanden. Ich habe die „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ erhalten, zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen des Projektes Feto-Neonat-Pfad ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Ich wurde über mögliche Risiken und den Nutzen dieses Projektes informiert.
- Meine beteiligte Krankenkasse wird mir eine schriftliche Patientenbefragung des Evaluators Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) zum Feto-Neonat-Pfad zusenden und um anonyme Rücksendung der Antwort direkt an das ZEGV bitten.
- Bei diesem Projekt werden die Vorschriften für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde erhoben, verarbeitet, weitergeleitet, genutzt, gespeichert und pseudonymisiert.
- Die im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung Feto-Neonat-Pfad pseudonymisierten Daten werden in anonymisierter Form (d.h. ohne jeglichen Personenbezug) für die Evaluation verwendet und zu diesem Zweck dem Evaluator ZEGV zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet.
- Meine Krankenkasse wird meine Versorgungsdaten zum Zweck der Evaluation verarbeiten und weiterleiten. Dies beinhaltet die Identifikation und Selektion von Abrechnungsdaten, welche anonymisiert dem ZEGV übermittelt werden sowie die Übermittlung von Daten an die Geschäftsstellen für Qualitätssicherung an den Landesärztekammern zur Identifizierung von Patientinnen, die am Feto-Neonat-Pfad teilgenommen haben. Daten der Geschäftsstellen werden anonymisiert für eine wissenschaftliche Analyse an das ZEGV weitergeleitet.
- Die Veröffentlichungen der Projektergebnisse erfolgen anonymisiert.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Durchführung der Evaluation durch das ZEGV freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder zur Niederschrift bei der auf der ersten Seite genannten Adresse des Universitätsklinikums Dresden widerrufen kann. Damit endet automatisch meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation zum Zwecke der Durchführung der Evaluation ein. Für Fragen und Terminvereinbarungen im Rahmen des Feto-Neonat-Pfades dürfen mich die Pfadkoordinatoren unter den nachfolgend stehenden Kontaktdaten kontaktieren.

Ort | Datum | Unterschrift Patientin

Unterschrift aufklärender Arzt und Stempel

Kontaktdaten der Teilnehmerin (zwingend erforderlich)

Telefon: _____ und/oder E-Mail: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____