

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



kvt  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen



**BOSCH**

**BKK**

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Besonderen Versorgung Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

**Bitte per Fax an die Bosch BKK  
FAX-Nr. 089 51999-2504**

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin und ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Leistungsumfang dieses Vertrages informiert wurde.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- ich mich verpflichte, nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung berechtigten Fachärzte aufzusuchen und ich mich für mindestens ein Jahr an diesen Vertrag binde. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der Bosch BKK kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- meine Teilnahme mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der Bosch BKK, dem Ende des Vertrags bzw. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.

**Belehrung über Ihr Widerrufsrecht.** Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Der Widerruf ist zu richten an: Bosch BKK, Kruppstr. 19, 70469 Stuttgart.

### 2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieses Vertrages erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich jedoch weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Vertragsärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KV Thüringen. Die KV Thüringen leitet diese Abrechnungsdaten an die Bosch BKK weiter. Die für diesen Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen §§ 140a, 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem Vertrag „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Die Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

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

Vertragsarztstempel