

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



direkt gesund

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung
zur Datenverarbeitung**

**Besondere Versorgung
ergänzendes Hautkrebsvorsorgeverfahren**

– per Telefax an: 0231 5557-199 –

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der BIG direkt gesund versichert bin und ich 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 zur Datenverarbeitung beginnt.
- ich mich verpflichte, nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung des ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens 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 BIG direkt gesund kündigen kann. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- meine Teilnahme mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der BIG direkt gesund, dem Ende des Vertrages, meinem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung bzw. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen, der Beendigung der Vertragsteilnahme des einschreibenden Arztes endet.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.

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 dieser Versorgung 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.

Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird der BIG direkt gesund vom einschreibenden Arzt übermittelt. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, 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 KVT. Die KVT leitet diese Abrechnungsdaten an die BIG direkt gesund weiter. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 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 „Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens“ 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
T	T		M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag „Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens“.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Vertragsarztstempel