

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur besonderen Versorgung und Datenverarbeitung

Bitte senden Sie das Original per Post an:

Post-COVID-Zentrum UKJ
Sek. Prof. Stallmach
Am Klinikum 1
07747 Jena

Eine Kopie ist zur Mitnahme für den Patienten bestimmt.



Vertragskennzeichen:
121932AE004

A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung: Mobile Wohnortnahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden Therapie bei Post-COVID-19 in THÜringen (WATCH) gemäß § 140a SGB V im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich vom behandelnden Hausarzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformationen“ zur Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“ erhalten, zur Kenntnis genommen, habe diese verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich wurde über mögliche Risiken und den Nutzen dieses Projektes informiert.

Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung und gilt für alle Leistungen, die im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes in Anspruch genommen werden.
- Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zum Abschluss der Behandlung gebunden. Danach endet die Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung meiner Teilnahme kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z. B. aufgrund eines Umzugs, durch den ich keine Möglichkeit mehr habe, die Behandlung durch den Arzt wahrzunehmen oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum behandelnden Arzt.
- Meine Teilnahme endet außerdem automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder an dem Tag, an dem die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Punkt B.) schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift widerrufen wird.
- Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung gebunden.
- Für meine Teilnahme an „WATCH“ ist meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation (Punkt C.) Voraussetzung¹

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in den Versicherteninformationen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der besonderen Versorgung „WATCH“

Die „Versicherteninformation zur Datenverarbeitung WATCH“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ohne die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist nicht möglich. Mir ist Folgendes bekannt:

- Das Post-COVID-Zentrum verarbeitet meine Adressdaten zum Zweck der Zusendung eines „Starterpaketes“ (Eingangsfrage-/Anamnesebogen, Abschlussbogen Hausarzt, Patienteninformation nebst Einwilligung in die dort geschilderten Therapien/Behandlungen). Nähere Informationen finden Sie in Teil C.2 der Versicherteninformation.

Widerrufsbelehrung

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft elektronisch, schriftlich oder zur Niederschrift 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.

C. Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung von Sozialdaten gemäß § 75 SGB X zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „WATCH“ gemäß § 92a Abs. 1 SGB V¹

Diese besondere Versorgung wird durch den Innovationsfonds gefördert. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) der Behandlungsdaten in Verbindung mit bei Ihrer Krankenkasse verfügbaren Sozialdaten erfolgt. Die Übermittlung der Sozialdaten erfolgt vorbehaltlich einer Genehmigung der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen, nachdem sie pseudonymisiert wurden, an eine gesonderte Datentreuhandstelle. Damit Ihre Krankenkasse die oben erwähnten pseudonymisierten Sozialdaten dorthin liefern darf, wird Ihre Zustimmung zur Pseudonymisierung und Übermittlung der Sozialdaten durch Ihre Krankenkasse an die Datentreuhandstelle sowie die anschließende weitere Verarbeitung durch die evaluierenden Einrichtungen zu Forschungszwecken benötigt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine für die Evaluation erforderlichen Sozialdaten von meiner Krankenkasse pseudonymisiert den folgenden Einrichtungen zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation zur Verfügung gestellt und von diesen verarbeitet werden:

- Technische Universität Dresden als Datentreuhandstelle,
- Institut für medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie
- Institut für Allgemeinmedizin des UKJ und weitere Einrichtungen des UKJ.

Über den Hintergrund, den Ablauf, die Einzelheiten der Verarbeitung meiner Daten und das Ziel dieser besonderen Versorgung wurde ich informiert. Weiterhin konnte ich Fragen stellen und habe die mir gegebenen Antworten verstanden. Ich habe die Versicherteninformationen „WATCH“ erhalten, zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Einwilligung zur Verarbeitung der Daten ist freiwillig und beginnt mit der Abgabe der unterzeichneten Einwilligungserklärung.
- Die Vorschriften für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden eingehalten.
- Die erhobenen Daten im Rahmen meiner Teilnahme werden in pseudonymisierter Form für die Evaluation verarbeitet, zu diesem Zweck dem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet. Es sollen sowohl die Wirksamkeit als auch die Kosten (Evaluation) überprüft werden.
- Die Veröffentlichungen der Evaluation erfolgen anonymisiert, d. h. ohne Möglichkeit, einen Rückschluss auf meine Daten ziehen zu können.

Widerrufsbelehrung:

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Durchführung der Evaluation durch die o. g. Einrichtungen freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse oder dem Post-COVID-Zentrum widerrufen kann. Damit endet automatisch meine Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Die Versicherteninformationen zur „Teilnahme an der besonderen Versorgung WATCH“ und zur „Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der besonderen Versorgung WATCH“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ohne die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist nicht möglich.

Zu A.: Ja, ich erkläre gemäß den Ausführungen unter A. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“ und bestätige dies hier mit meiner Unterschrift.

Zu B.: Ja, ich willige in die unter B. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“ ein und bestätige dies hier mit meiner Unterschrift.

Zu C.: Ja, ich willige in die Verarbeitung meiner persönlichen Daten und Übermittlung von Sozialdaten gemäß § 75 SGB X zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „WATCH“ gemäß § 92a Abs. 1 SGB V ein und bestätige dies hier mit meiner Unterschrift¹.

Wichtiger Hinweis: Zusätzlich erfolgt eine Akzeptanzevaluation durch die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, die ebenfalls einer separaten Zustimmung bedarf, die jedoch nicht Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“ ist. Sie erhalten zur Datenverarbeitung über das Post-COVID-Zentrum gesonderte Informationen zur Unterschriftsleistung.

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift/Stempel Hausarzt

¹ Betrifft nur die Versicherten der AOK PLUS, BARMER und Techniker Krankenkasse.