

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



Zur Weiterleitung an die
 Bosch BKK
 Postfach 300280, 70442 Stuttgart

oder

Fax: 03691/881059

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Versorgung bei unspezifischem Rückenschmerz

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über diesen Vertrag informiert und mir die Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Inhalte des Vertrages, meine Vorteile, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen benannt werden. Die Patienteninformation ist Bestandteil dieser Erklärung.
- ich bereit bin mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich bei Änderungen meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Versorgung freiwillig ist.
- die Teilnahme an diesem Vertrag - vorbehaltlich der Prüfung der Teilnahmebedingungen - mit sofortiger Wirkung erfolgt.
- im Datenbestand der Bosch BKK ein Merkmal gespeichert wird, dass erkennen lässt, dass ich an diesem Vertrag teilnehme.
- mein behandelnder Arzt bei Bedarf die Patientenbegleitung der Bosch BKK für organisatorische und psychosozial flankierende Unterstützungsmaßnahmen aktivieren und in Anspruch nehmen darf.
- meine Teilnahme mit Abschluss der Behandlung endet.
- eine separate Kündigung durch mich nicht notwendig ist.
- mit Ende der BKK-Mitgliedschaft die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot endet.

Belehrung über mein Widerrufsrecht. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK innerhalb der zwei Wochen. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf ist zu richten an: Bosch BKK, Kruppstr. 19, 70469 Stuttgart.

II. Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ja, ich habe die Patienteninformation erhalten, wurde darin über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme informiert und bin damit einverstanden. Ich bin auch darüber informiert, dass ich mit meiner Unterschrift auch die Einwilligung der Erfassung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation benötigt werden bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Widerrufe ich meine Teilnahme und/oder Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht mehr möglich. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich jedoch weiterhin die Leistungen der Krankenversicherung beanspruchen.

Ja, ich möchte an diesem besonderen Angebot zur Versorgung am unspezifischen Rückenschmerz teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Unterschrift und Stempel des Arztes

III. Einwilligung zur Kontaktaufnahme und Unterstützung der Patientenbegleitung

Ich wünsche die Unterstützung der Patientenbegleitung und stimme einer Kontaktaufnahme zu:

Ja , Telefonnummer: _____ **Nein** (bitte ankreuzen).

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers



Patienteninformation

Vereinbarung zur besonderen Versorgung bei unspezifischem Rückenschmerz nach § 140a SGB V

Allgemeines

Mit diesem Versorgungsvertrag im Bereich der besonderen Versorgung bei unspezifischem Rückenschmerz (nachfolgend „Vertrag“) möchte die Bosch BKK zusammen mit dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) Versicherten der Bosch BKK einen Zugang zu einem speziellen Angebot bei Rückenschmerzen ermöglichen. Neben diesen ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten besteht die Möglichkeit die von der Bosch BKK entwickelte Patientenbegleitung als Unterstützungsleistung für Ärzte und Psychotherapeuten bei der Umsetzung des Versorgungsmanagements gem. § 11 Abs. 4 SGB V in Anspruch zu nehmen.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile im Rahmen Ihrer Versicherung bei der Bosch BKK, wenn Sie nicht teilnehmen. Ihre Teilnahme endet grundsätzlich nach Abschluss der besonderen Versorgung. Eine separate Kündigung durch Sie ist nach erfolgter Behandlung nicht mehr notwendig. Ihre Vertragsteilnahme endet ebenfalls durch einen Krankenkassenwechsel oder durch Beendigung dieses Vertrages.

Versichertenklärung

In Beratungs- und Aufklärungsgesprächen werden Sie über das Angebot der besonderen Versorgung informiert.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung unterzeichnen Sie beim Leistungserbringer, womit grundsätzlich Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beginnt. Ihre Teilnahmeerklärung sendet er umgehend an die Bosch BKK zur Prüfung. Führt dieses Prüfergebnis zu einer Ablehnung Ihrer Vertragsteilnahme, beispielsweise bei fehlender Mitgliedschaft bei der Bosch BKK, wird Ihnen das mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Durchführung des Vertrags zwischen der Bosch BKK und des Berufsverbandes der Orthopädie und Unfallchirurgie:

Bosch BKK
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme an diesem Vertrag sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung

Für Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag und die Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen innerhalb des Vertrages werden folgende Daten vom Leistungserbringer verarbeitet und zur Abrechnung an die Bosch BKK übersandt:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Geschlecht des Versicherten,
- Anschrift des Versicherten,
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- Versichertenstatus
- Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu.

Diese Daten werden elektronisch an die Bosch BKK übermittelt. Rechtsgrundlagen sind § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 i. V. m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V und § 295 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am Vertrag nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am Vertrag ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der genannten Daten erfolgt bei dem Leistungserbringer ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertraglichen Leistungen. Die Verarbeitung bei der Bosch

BKK erfolgt zum Zweck der Durchführung und Abrechnung des Vertrages (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Schweigepflicht und Datenlöschung

In diesem Vertrag ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen beim Leistungserbringer finden die Regelungen zu den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag

Betroffenenrechte

Sie haben gegenüber der Bosch BKK folgende Rechte, in Bezug auf Ihre betreffenden personenbezogenen Daten:

Das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)

Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob wir die erhobenen Daten verarbeiten. Ist dies der Fall, haben Sie das Recht auf Auskunft über

- diese personenbezogenen Daten,
- die Verarbeitungszwecke,
- das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie
- das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde
- falls möglich die geplante Speicherdauer, sonst die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer

Das Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)

Sie haben das Recht, die Berichtigung unrichtiger und die Ergänzung unvollständiger Sie betreffender Daten zu verlangen.

Das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)

Sie haben das Recht, dass Sie betreffende Daten unverzüglich gelöscht werden

- wenn sie für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr benötigt werden und die Aufbewahrungsfrist abgelaufen ist,
- wenn die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden oder
- wenn die Löschung zur Erfüllung einer Rechtspflicht der Bosch BKK erforderlich ist.

Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)

Sie haben das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen

- wenn Sie die Richtigkeit der Daten bestreiten, bis wir die Gelegenheit hatten, die Richtigkeit zu prüfen,
- wenn die Verarbeitung der Daten unrechtmäßig ist oder
- wenn zwar die Bosch BKK die Daten nicht länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und dies vor Ablauf der Löschfristen geltend gemacht haben

Das Recht auf Datenübertragbarkeit

(Art. 20 DSGVO)

Sie haben das Recht, die an uns übermittelten personenbezogenen Daten direkt an einen anderen von Ihnen genannten Verantwortlichen zu übertragen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass dies technisch machbar ist und die Aufwände überschaubar sind. Wir sind nicht verpflichtet, technisch kompatible Datenverarbeitungssysteme zu übernehmen oder beizubehalten.

Das Recht auf Beschwerde

(Art. 77 DSGVO)

Sie haben das Recht, sich beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Den Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK können Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter

E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

Den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erreichen Sie unter:

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn

E-Mail: Poststelle@bfdi.bund.de