

## **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

### **- bei Behandlungsbeginn -**

nach § 7 Abs. 2 der Anlage I Nr. 2 der RL-MvV<sup>\*)</sup>

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: .....

Angaben zur/m Patientin/en:

Name, Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ, Wohnort: .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine/mein Ärztin/Arzt

- Beginn und Beendigung meiner Substitutionsbehandlung gem. § 7 Abs. 2 der Anlage I Nr. 2 der RL-MvV<sup>\*)</sup> mit meinem Namen und meiner Anschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und meiner Krankenkasse mitteilt und dass
- die Daten zum Zweck der Verhinderung von Mehrfachsubstitution und zur Vermeidung einer erneuten, nicht indizierten Aufnahme einer Substitutionsbehandlung nach erfolgtem Abbruch aufgrund § 8 der Anlage I Nr. 2 der RL-MvV<sup>\*)</sup> gespeichert, genutzt und ggf. an weitere Ärzte, die eine Substitutionsbehandlung bei mir durchführen, übermittelt werden.

Für diese Maßnahme entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei den oben genannten Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

---

<sup>\*)</sup>: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei den oben genannten Stellen gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung.
  
- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift der/s Patientin/en