

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



Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte zum Vertrag

Amblyopie-Screening, ist durch den einschreibenden Arzt innerhalb eines Monats wie folgt zu senden:

per Fax-Nr. 0234 304-87388

oder

**per Post an die
KNAPPSCHAFT
Dezernat VIII.3.1
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum**

1. Erklärung des/der Sorgeberechtigten zur Teilnahme des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n ich/wir hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Teilnahme-/Einwilligungserklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Knappschaft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Knappschaft. Der Widerruf ist zu richten an: Knappschaft, Knappschaftstr. 1, Dezernat VIII.3.1, 44799 Bochum. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
 - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
 - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
 - c) mit Ende der Bindungsfrist von einem Jahr
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme meines/unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

2. Erklärung des/der Sorgeberechtigten zur Datenverarbeitung

- Ich/wir willige/n in die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die KNAPPSCHAFT ein. Ich/wir willige/n in die Verarbeitung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.
- Die Befunddaten Ihres Kindes werden von Ihrem Augenarzt unter Einhaltung seiner ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile.
- **Die Patientinformation nach Art. 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) habe ich erhalten.**

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten