

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen im Freistaat Thüringen („CARDIO PLUS Thüringen“)



Versand
Innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V31C

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

Ersteinschreibung

Facharztwechsel

Hausarztwechsel

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des einschreibenden FACHARZTES

LANR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name, Vorname des betreuenden HAUSARZTES

BSNR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

LANR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten. Weiterhin erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meinen Versorgungsverbund im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile. Ich willige deshalb in die umseitig unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ teilnehmen und habe die Patienteninformation diesbezüglich erhalten und verstanden. Ich bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | | |

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK PLUS zur Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen im Freistaat Thüringen („CARDIO PLUS Thüringen“)

Versand
Innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V31C

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

Ersteinschreibung

Facharztwechsel

Hausarztwechsel

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des einschreibenden FACHARZTES

LANR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name, Vorname des betreuenden HAUSARZTES

BSNR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

LANR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten. Weiterhin erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meinen Versorgungsverbund im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile. Ich willige deshalb in die umseitig unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ teilnehmen und habe die Patienteninformation diesbezüglich erhalten und verstanden. Ich bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | | |

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | | |

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen im Freistaat Thüringen („CARDIO PLUS Thüringen“)



Versand
Innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V31C

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

Ersteinschreibung

Facharztwechsel

Hausarztwechsel

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des einschreibenden FACHARZTES

LANR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name, Vorname des betreuenden HAUSARZTES

BSNR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

LANR des o. g. betreuenden HAUSARZTES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten. Weiterhin erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meinen Versorgungsverbund im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile. Ich willige deshalb in die umseitig unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ teilnehmen und habe die Patienteninformation diesbezüglich erhalten und verstanden. Ich bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | | |

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung/Patienteninformation:

Mit meiner Entscheidung am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ teilzunehmen, erhalte ich eine individuelle Versorgung für kardiovaskulär erkrankte Patienten. Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Für mich als Versicherter der AOK PLUS ist die Teilnahme an dieser Versorgung möglich,

sofern ich aufgrund meiner festgestellten oder wahrscheinlich akuten oder chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankung einer nichtinvasiven Behandlung bedarf und eine der folgenden Diagnosen aufweise:

- Ischämische Herzkrankheit,
- Herzinsuffizienz,
- Erkrankungen der Herzklappen (inkl. Shuntvitien),
- Vorhoffarrhythmie,
- ventrikuläre Tachykardien,
- Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung (periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Carotisstenose/Atherosklerose der hirnversorgenden Arterien, tiefe Venenthrombose (TVT)),
- Hypertonie,

sofern

- keine Ausschlusskriterien vorliegen,
- ich durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptiere und
- ich einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und einen an diesem Vertrag teilnehmenden FACHARZT als meinen Versorgungsverbund gewählt habe.

Den allgemeinen Rahmen für die Umsetzung dieser Versorgung bilden § 73a SGB V und die im Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ getroffenen Regelungen. Dieser Versorgungsvertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Die Regelungen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen ARZT und Patient. Dessen Inhalt wird durch den Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages übernehmen der HAUSARZT und der FACHARZT - als der von mir gewählte Versorgungsverbund - die gemeinsame Verantwortung für meine Versorgung. In diesem Rahmen wirken die ÄRZTE - insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen - bei meiner Versorgung zusammen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichte ich mich, den von den gewählten ÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese ÄRZTE für die Behandlung meiner Erkrankung, aufgrund derer ich zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt bin, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während meiner urlaubsbedingten Abwesenheit sowie bei der Inanspruchnahme in Notfällen.

Ich kann meine Teilnahme an dieser Versorgung ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme kündigen. Danach ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens zwei Monate vor Ablauf des Jahres (Bindungsfrist) bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Ein ARZT-Wechsel verlängert die Bindungsfrist nicht.

Bei wiederholter Nichtbeachtung der oben genannten Pflichten kann mein Ausschluss aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und der daraus resultierenden Beendigung meiner Teilnahme entscheidet die AOK PLUS, die mich schriftlich informiert. Ich kann innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.

Bei einem Wechsel des FACHARZTES muss ich die TE/EWE beim (neu) gewählten FACHARZT erneut ausfüllen. Bei Wechsel eines HAUSARZTES ist unverzüglich von mir eine Mitteilung oder schriftliche Erklärung an die AOK PLUS erforderlich. Der Wechsel des ARZTES wird zum jüngsten auf der TE/EWE angegebenen Datum bzw. entsprechend meiner Mitteilung wirksam.

Mir ist besonders bekannt, dass:

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 18. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. - meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ freiwillig ist,
- diese mit Abgabe dieser TE/EWE gemäß Punkt 6 beginnt,
- diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, gilt und
- im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. der Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. dem Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ den Versorgungsbedingungen sowie dieser TE/EWE ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem behandelnden Arzt obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ mir gegenüber weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. meine Teilnahme mit dem jüngsten Einschreibedatum (ordnungsgemäße TE/EWE) beginnt.
7. ich meine Teilnahme entsprechend der vertraglichen Regelungen ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
 - mit dem Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der TE/EWE erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe.

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
- bei Wechsel zu einem ARZT, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt.
- an dem Tag, an dem die besondere Versorgung abgeschlossen ist.
- mit dem Ende des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“.
- mit dem Ende der Vertragsteilnahme des gewählten HAUS- oder FACHARZTES des Versorgungsverbundes, sofern ich keinen anderen am Vertrag teilnehmenden HAUS- oder FACHARZT gewählt habe.
- mit dem Tag des Wegfalls meiner Teilnahmevoraussetzungen.

Über das Ende meiner Teilnahme unterrichtet die AOK PLUS mich schriftlich.

9. meine Patientendaten in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch die Vertragspartner (AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen) verwendet werden können.
10. die AOK PLUS eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) vorsieht. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“:

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Meine Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den einschreibenden Arzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung alle auf der TE/EWE enthaltenen personenbezogenen Daten.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen des Vertrages „CARDIO PLUS Thüringen“ behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggf. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
5. die KVT von der AOK PLUS meine personenbezogenen Daten im Rahmen eines Versichertenverzeichnisses wie folgt erhält: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ, ggf. entsprechenden Pflegegrad und Beginn der Teilnahme am Vertrag, ggf. Ende der Teilnahme am Vertrag sowie gewählter Hausarzt und Facharzt.
6. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.
7. die Abrechnung der von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen durch die KVT erfolgt.
8. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag erhobenen Daten (in pseudonymisierter Form, d. h. ohne Personenbezug) ggf. für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS ist die Beendigung der Teilnahme am Vertrag „CARDIO PLUS Thüringen“ verbunden. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (datenschutz@plus.aok.de).

III. Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.