

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

Anlage 1

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte am BKK-Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens in Thüringen

Hiermit erkläre ich, dass mich mein Arzt über den BKK-Vertrag „Hautkrebsvorsorge-Verfahren“ informiert hat und ich an der besonderen Versorgung teilnehmen möchte.

Ich verpflichte mich, nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung des Hautkrebsvorsorge-Verfahrens berechtigten Fachärzte aufzusuchen und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme am Vertrag freiwillig ist.
- **ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe dieser Erklärung gegenüber meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse.**
- ich meine Teilnahme danach frühestens zum Ablauf eines Jahres gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann und dann zum Ende des Quartals aus der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag ausscheide.
- meine Teilnahme endet, wenn meine Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Betriebskrankenkasse endet.
- meine Teilnahme endet, wenn meine Betriebskrankenkasse nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach dem Vertrag verarbeitet werden dürfen. Insbesondere ist mir bekannt, dass bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben. An den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover dürfen nur anonymisierte Daten zur statistischen Auswertung übermittelt werden. Mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag bin ich einverstanden. 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.

Ich bestätige, dass ich diese Teilnahmeerklärung im Original erhalten habe.

Die Patienteninformation nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) habe ich ebenfalls erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Versorgung im Rahmen dieses BKK-Vertrages wahrnehme.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

**Patienteninformation
nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

zum Hautkrebsvorsorge-Verfahren mit dem BKK Landesverband Mitte

Sehr geehrte/r Patient/Patientin,

zur Sicherstellung des Datenschutzes möchten wir Sie über die folgenden Einzelheiten der Datenerhebung im Falle Ihrer Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens informieren:

1. Verantwortliche für den Datenschutz nach Art. 26 DS-GVO sind gemeinsam
 - a. die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT), Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
 - b. die Mitgliedskassen der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte (VAG Mitte), insoweit vertreten durch den BKK Landesverband Mitte (BKK LV Mitte), Eintrachtweg 19, 30173 Hannover.

Die o. g. Verantwortlichen beachten vertragsgemäß die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die aus der DS-GVO sich ergebenden datenschutzrechtlichen Verpflichtungen sowie die dafür erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen eigenverantwortlich sicher.

2. Der/die Datenschutzbeauftragte der KVT ist unter o. g. Adresse zu erreichen. Sie können sich im Bedarfsfall auch an die/den Datenschutzbeauftragte/n des BKK LV Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie an Ihre BKK und deren Datenschutzbeauftragte/n wenden. Entsprechende Kontaktdaten finden Sie u. a. auf dem Internetauftritt oder in der Mitgliederzeitschrift Ihrer BKK. Sie haben außerdem das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde.
3. Die personenbezogenen Daten, die im Rahmen des vorgenannten Vertrages verarbeitet werden, dienen zum Zwecke der Teilnehmerverwaltung, der Abrechnungsprüfung sowie des Vertragscontrollings.

Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 73c des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in der Fassung vom 07.08.2013 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DS-GVO und §§ 67a ff. SGB X.

4. Die personenbezogenen Daten werden zwischen dem Arzt und der KVT und der jeweiligen Krankenkasse nur zum Zwecke der ärztlichen Abrechnung ausgetauscht. Darüber hinaus wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der jeweiligen Krankenkasse mitgeteilt.
5. Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten nur solange gespeichert, wie sie für die Abrechnung der am Programm beteiligten Vertragspartner sowie zu Prüfzwecken erforderlich sind.
6. Sie haben im Rahmen der Regelungen der DS-GVO ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).
7. Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn Sie Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilen.
8. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D. h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen, soweit nicht gesetzlich vorgeschriebene Bindungsfristen nach einer zunächst erklärten Teilnahme berührt werden. Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist daher auch zugleich der Widerruf der Teilnahme am Versorgungsprogramm verbunden. Die erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden (bspw.: kumulativ oder alternativ), wie sie zur Durchführung und Abrechnung der besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung sowie innerhalb der vorgesehenen Bindungsfrist von einem Jahr erforderlich sind oder den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.