

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



Bitte per Fax senden an: 040 65696-1201

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

Ja, ich bin in der Personalkasse/Mitarbeiterkasse meiner Krankenkasse (z. B. als MitarbeiterIn) versichert.

Vertrag der HEK – Hanseatische Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen über die Durchführung einer ergänzenden Hautkrebsvorsorge gemäß § 140a SGB V

1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung und endet, wenn ich meinen Widerruf erkläre oder mit Vollendung des 35. Lebensjahres. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Ärzte erbracht werden, die an diesem Vertrag der besonderen Versorgung teilnehmen.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der HEK – Hanseatische Krankenkasse (Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg) ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die HEK mir diese Belehrung (Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung) über das Widerrufsrecht mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser besonderen Versorgung können nicht mehr in Anspruch genommen werden.

2. Datenfreigabeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V

Durch die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe jederzeit das Recht der Verarbeitung meiner Daten gegenüber der HEK mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, was mit einer Beendigung der Versorgung einhergeht. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierbei nicht. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenfreigabeerklärung nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen kann.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Teilnahme (1.) und die Datenfreigabe (2.).

.....
 Ort, Datum Unterschrift Versicherter/gesetzlicher Vertreter

.....
 Ort, Datum Stempel der teilnehmenden Arztpraxis