

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

Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur besonderen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen

Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist Voraussetzung, dass Sie bei der mkk – meine krankenkasse versichert sind.

1. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- ich umfassend über die Inhalte und Ziele dieses Versorgungsprogramms aufgeklärt wurde.
- ich die Versicherteninformation zur Teilnahme, zum Versorgungsprogramm sowie zum Datenschutz und der DSGVO erhalten und mich damit vertraut gemacht habe. Mit den darin beschriebenen Inhalten bin ich einverstanden.
- die von mir unterschriebene Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung an die mkk – meine krankenkasse und an CONVEMA übermittelt werden darf.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann,
- die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodell ist zeitlich gebunden und kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) beendet werden. Während meiner Teilnahme bin ich für diese Behandlung an den von mir gewählten Arzt/Therapeuten gebunden. Meine aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates.
- meine fehlende Mitwirkung zum Ausschluss aus dem Versorgungsprogramm führt.

2. Widerrufsrecht

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Erklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift. Sofern ich der Teilnahme an der besonderen Versorgung wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus dieser besonderen Versorgung. Die Teilnahme endet nach Abschluss der Versorgung. Darüber hinaus endet meine Teilnahme automatisch, sollte ich zu einem Kostenträger wechseln, der nicht an der benannten besonderen Versorgung teilnimmt sowie mit dem Ende des Leistungsanspruchs gegenüber meiner Krankenkasse.

- Ja**, ich möchte an der besonderen Versorgung teilnehmen. Zudem bestätige ich die oben genannten Teilnahmevoraussetzungen.
- Ja**, mir wurde das „Merkblatt zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ zur Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot vor Teilnahmebeginn ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- Ja**, ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ vor Teilnahmebeginn erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden.

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

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/ Bevollmächtigten

Telefonnummer

- Soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

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

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/ Bevollmächtigten

Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mit Schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS), insbesondere des Schlafapnoesyndroms (SAS)

Die mkk – meine krankenkasse hat mit dem Zentrum für Schlafmedizin Dr. Warmuth und der Convema Versorgungsmanagement GmbH einen Vertrag zur besonderen Versorgung geschlossen. Auch Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt nimmt an der besonderen Versorgung teil. Ziel ist es, Ihre Versorgung zu verbessern und eine effektive Behandlung anzubieten. Wir wollen zeitliche oder inhaltliche Brüche im Behandlungspfad vermeiden. Gemeinsame Therapiebesprechungen, eine allen beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation Ihrer Befunde und Untersuchungsergebnisse sowie die enge Vernetzung der Akteure sollen helfen, Ihren Behandlungsablauf optimal zu gestalten. Lange Wartezeiten aber auch eine Chronifizierung Ihrer Beschwerden können dadurch verhindert werden. Alle beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualitätsmerkmale erfüllen und Ihre Behandlung nach den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Therapeuten) Befunde, Arztberichte und sonstige Behandlungsdaten sowohl von den mitbehandelnden Haus- oder Fachärzten anfordern als auch an diese, sofern diese im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, weiterleiten können,
- durch die beteiligten Leistungserbringer erhobene Behandlungsdaten ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen an die Convema Versorgungsmanagement GmbH und an die mkk – meine krankenkasse übermittelt und von diesen verwendet werden dürfen,
- meine personenbezogenen Daten aus der besonderen Versorgung zum Zweck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch meine Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Hierbei werden die bezüglich Datenschutz und Datensicherheit geltenden Vorschriften entsprechend Artikel 32 EU- Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO beachtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der beschriebenen Datenerhebung, der Datenverarbeitung und der Datennutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V zu. Die Patienteninformation zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

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

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/Bevollmächtigten

 Stempel und Unterschrift Arzt/Therapeut

Merkblatt zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und zum Datenschutz

Teilnahmeinformation

Ihre Krankenkasse hat einen Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mit Schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS), insbesondere des Schlafapnoesyndroms (SAS) mit dem Zentrum für Schlafmedizin Dr. med. Ralf Warmuth und der Convema Versorgungsmanagement GmbH geschlossen. Ziel dieser Vereinbarung ist die besondere ambulante ärztliche Versorgung der Patienten mit Schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS), insbesondere des Schlafapnoesyndroms (SAS). Die Vernetzung und Koordinierung diagnostischer, konsiliarischer, medizinisch-technischer und therapeutisch nachbetreuender Behandlungssegmente optimiert die Versorgung, wodurch die Behandlungs- und Betreuungsqualität verbessert wird.

1. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig und muss von Ihnen schriftlich erklärt werden. Sie beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung. Sie können die Teilnahme an der besonderen Versorgung frühestens nach 4 Jahren schriftlich gegenüber Ihrer BKK beenden. Mit Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von den vertraglich eingebundenen Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers wird Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beendet.
2. Die Teilnahme beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung und endet frühestens nach 4 Jahren.
3. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden.
4. Ihre aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers wird Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beendet. Bei einem Pflichtverstoß können Ihnen Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.
5. Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre BKK Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus dem o.g. Versorgungsangebot können Sie dann nicht länger in Anspruch nehmen.
6. Die Einwilligung in die Kontaktaufnahme für die Durchführung einer Patienten- bzw. Versichertenbefragung können Sie widerrufen. An dieser Stelle bitten wir Sie zunächst nur darum, uns Ihre Einwilligung für die Kontaktaufnahme (z. B. Übersendung eines Fragebogens) für eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung zu geben. Willigen Sie der Kontaktaufnahme und der damit verbundenen Daten für eine Kontaktaufnahme ein, kreuzen Sie auf der Teilnahmeerklärung folgenden Text an und bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung:

Soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

Im Falle einer konkreten Patienten- bzw. Versichertenbefragung werden Sie vorab über die Nutzung der Daten und das Vorgehen zur Befragung informiert und haben dann die Gelegenheit Ihre Einwilligung zur Patienten- bzw. Versichertenbefragung gesondert abzugeben. Von Ihrer Zustimmung zu einer möglichen Patienten- und Versichertenbefragung ist Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht abhängig. Sie brauchen also einer möglichen Nutzung Ihrer Kontaktdaten für eine Patienten- und Versichertenbefragung nicht zustimmen. Sie haben jederzeit das Recht diese Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen.

Datenschutzinformation

Zustimmung in die Bereitstellung Ihrer Daten

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist die Bereitstellung Ihrer Daten durch Sie unbedingt notwendig.

Damit wir die erforderlichen Daten von Ihnen auf Grund der Rechtsvorschriften der § 295a, § 140a Abs. 5 und § 284 SGB V (Sozialgesetzbuch 5) erheben, verarbeiten und nutzen können, müssen Sie auf der Teilnahmeerklärung folgendem Text durch Ihre Unterschrift zustimmen:

Ja, ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ vor Teilnahmebeginn erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden. Stimmen Sie der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten nicht zu, kann von Beginn an keine Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgen.

Kann ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung für die Durchführung der besonderen Versorgung widerrufen?

Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist in Textform oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse abzugeben und bedarf keiner Begründung.

Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist zugleich eine weitere Teilnahme am Versorgungsvertrag nicht möglich. Ihre Daten können dann nur noch solange verarbeitet werden, wie sie zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen des besonderen Versorgungsvertrages erforderlich sind oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.

Kann ich meine Einwilligung in die Kontaktaufnahme für die Durchführung einer Patienten- bzw. Versichertenbefragung widerrufen?

An dieser Stelle bitten wir Sie zunächst nur darum, uns Ihre Einwilligung für die Kontaktaufnahme (z. B. Übersendung eines Fragebogens) für eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung zu geben. Willigen Sie der Kontaktaufnahme und der damit verbundenen Daten für eine Kontaktaufnahme ein, kreuzen Sie auf der Teilnahmeerklärung folgenden Text an und bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung:

Soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird, willige ich hiermit freiwillig der Kontaktaufnahme durch die Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse ein.

Im Falle einer konkreten Patienten- bzw. Versichertenbefragung werden Sie vorab über die Nutzung der Daten und das Vorgehen zur Befragung informiert und haben dann die Gelegenheit Ihre Einwilligung zur Patienten- bzw. Versichertenbefragung gesondert abzugeben.

Von Ihrer Zustimmung zu einer möglichen Patienten- und Versichertenbefragung ist Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht abhängig. Sie brauchen also einer möglichen Nutzung Ihrer Kontaktdaten für eine Patienten- und Versichertenbefragung nicht zustimmen. Sie haben jederzeit das Recht diese Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen.

Welche Daten werden erhoben?

Im Rahmen der besonderen Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von Ihnen verarbeitet:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert, dokumentierte Leistungen und Leistungsschlüssel.

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse (nur Teilnehmerdaten für Abrechnung und Ein- und Ausschreibung) sowie ggf. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Damit die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der Leistungserbringer oder ein von ihm beauftragter Abrechnungsdienstleister seine Daten an die zuständige Krankenkasse oder den von der jeweiligen Krankenkasse mit der Vertragsabwicklung beauftragten Abrechnungsdienstleister. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an den Leistungserbringer oder einen von ihm beauftragten Abrechnungsdienstleister aus.

Die an dieser besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Versichertendaten aller Teilnehmer an diesem Versorgungsvertrag zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf der Leistungserbringer Sie betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit Ihrer Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Versorgungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

Was geschieht bei meiner Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse erhält die Daten der Teilnahme (z. B. Einschreibung, Beginn, Ende und Widerruf) sowie die Abrechnungsdaten und soweit für die Abrechnung erforderlich Informationen zu Ihrer Leistungsanspruchnahme. Die Versichertennummer benötigt die Krankenkasse zur Feststellung einer bestehenden Versicherung und für die Abrechnung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Abrechnungsdienstleister (sog. "Dritte") mit diesen Aufgaben betrauen. Nähere Informationen zu letzterem erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Wann werden meine Daten gelöscht?

Die Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (aktuell zehn Jahre nach Beendigung der Teilnahme) datenschutzkonform gelöscht.

IHRE RECHTE NACH DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Sie haben im Rahmen der Teilnahmeerklärung zu dieser besonderen Versorgung und der Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten u. a. aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gegenüber dem jeweils Verantwortlichen ein Recht auf alle nachfolgenden Betroffenenrechte:

- Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO):

Sie haben u. a. das Recht, von den verantwortlichen Stellen jederzeit folgende Auskünfte zu verlangen:

- zu welchem Zweck die Daten verarbeitet werden,
- zu den Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,
- zu den Empfängern oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind, insbesondere bei Empfängern in Drittländern oder bei Organisationen,
- falls möglich, zur geplanten Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, zu den Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;
- zum Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch den Verantwortlichen oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung.

- Berichtigung (Art. 16 DSGVO):

Sollten Sie feststellen, dass Sie betreffende Daten unrichtig oder unvollständig sind, haben Sie das Recht eine Richtigstellung oder Ergänzung zu verlangen.

- Löschung (Art. 17 DSGVO):

Sie haben das Recht, dass die Daten unverzüglich gelöscht werden, wenn:

- die Sozialdaten für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind,
- die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (siehe oben Kapitel „Dauer der Speicherung“),
- die Sozialdaten unrechtmäßig verarbeitet wurden oder
- Sie Ihre Einwilligung in die Nutzung konkret bestimmter Daten widerrufen haben und es keine anderweitige Rechtsgrundlage (z. B. Aufbewahrungsfristen) für die Verarbeitung gibt.

- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO):

Sie haben das Recht, von den verantwortlichen Stellen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn:

- Sie die Richtigkeit Ihrer Sozialdaten bestreiten. Die Einschränkung gilt für die Dauer, die die verantwortliche Stelle benötigt, die Richtigkeit der Sozialdaten zu überprüfen,

- die Verarbeitung unrechtmäßig ist und Sie die Löschung der Sozialdaten ablehnen und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der Sozialdaten verlangen,
 - die verantwortliche Stelle die Sozialdaten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und dies vor Ablauf der Löschfristen geltend gemacht haben.
 - eine Löschung der Sozialdaten wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist.
- **Übertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)**
Sie haben das Recht, personenbezogene Daten und Sozialdaten, die Sie den verantwortlichen Stellen gegeben haben, in einem übertragbaren Format zu erhalten.
Bei einem Kassenwechsel übermitteln sich die Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Regelungen des § 304 Abs. 2 SGB V die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Daten.
 - **Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)**
Als betroffene Person haben Sie das Recht auch bei rechtmäßiger Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die bei der Verarbeitung für die Wahrnehmung einer Aufgabe, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt – die dem Verantwortlichen übertragen wurde – oder aufgrund des berechtigten Interesses des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, Widerspruch gegen die Verarbeitung der sich aus ihrer besonderen Situation ergebenden personenbezogenen Daten einzulegen. Der für die Verarbeitung Verantwortliche sollte darlegen müssen, dass seine zwingenden berechtigten Interessen Vorrang vor den Interessen oder Grundrechten und Grundfreiheiten der betroffenen Person haben.
 - **Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO)**
Weiterhin haben Sie die Möglichkeit sich über die jeweils verantwortliche Stelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der Kontaktdaten der für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlichen Stellen (z. B. Ihre Krankenkasse) sowie der zugehörigen Datenschutzaufsichtsbehörde:

Krankenkasse:

Verantwortliche Stelle	Datenschutz	Datenschutzaufsichtsbehörde
BKK mkk – meine krankenkasse Lindenstraße 67 10969 Berlin Allgemein: Telefon: 0800 165 66 16* * kostenfrei innerhalb Deutschlands E-Mail: Info@meine-krankenkasse.de	E-Mail: datenschutzbeauftragter@meine-krankenkasse.de Internet: www.meine-krankenkasse.de/datenschutz	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn Telefon: 0228 997799-0 Fax: 0228 997799 550 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Verantwortliche Stelle	Datenschutz	Datenschutzaufsichtsbehörde
<p>CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH Rotherstraße 20 10245 Berlin</p> <p>Allgemein:</p> <p>Telefon: 030 259 38 61-0 Telefax: 030 259 38 61-199 E-Mail: info@convema.com</p>	<p>Telefon: 030 259 38 61-0</p> <p>E-Mail: datenschutz@convema.com</p>	<p>Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Friedrichstraße 219, 10969 Berlin</p> <p>Telefon: 030/138 89-0 Fax: 030/215 50 50 E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de</p>