

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

VKZ: 121A12HE121  
 Weiterleitung der Teilnahmeerklärung als  
 Datei-Upload unter [briefkasten.convema.de](mailto:briefkasten.convema.de)

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

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

## Vertrag Ihrer Krankenkasse mit der VivoSensMedical GmbH über die Zyklusdiagnostik mit Unterstützung der OvulaRing-Methodik

### 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 „Versicherteninformation 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, der oben genannte Vertrag beendet wird, meine Behandlung abgeschlossen ist oder spätestens jedoch 14 Monate nach der Einschreibung zur Teilnahme. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Leistungserbringer erbracht werden, die an dem Modell der besonderen Versorgung teilnehmen. Bei Inanspruchnahme eines nicht teilnehmenden Leistungserbringers der besonderen Versorgung können mir die entstandenen Mehrkosten auferlegt werden. Sollte ich in besonderem Maße den Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, kann ich von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

### 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 meiner Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse 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 „Versicherteninformation 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 meiner Krankenkasse 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.

Mir ist bekannt, dass die Bestellung des OvulaRing durch mich persönlich erfolgen muss und ich dazu weitere Informationen durch die VivoSensMedical GmbH per E-Mail erhalte.

Meine E-Mail-Adresse lautet: \_\_\_\_\_

*Bitte gut leserlich eintragen!*

Hiermit erkläre ich meine **Teilnahme zur „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V**. Gleichzeitig erteile ich mein **Einverständnis zur Datenfreigabe**.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Versicherte