

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



Teilnahme- und Einwilligungserklärung des/der Versicherten

Verbundversorgung Berlin-Brandenburg - Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der von den Betriebskrankenkassen, Kliniken und den Ärzten der Verbände in Berlin und Brandenburg angebotenen Besonderen Versorgung. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ausführlich über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versicherungsvertrages, die Freiwilligkeit meiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung aufgeklärt wurde. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Besondere Versorgung kommt lediglich zwischen mir und dem jeweils behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus zustande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht. **Des Weiteren bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine BKK.**

Die datenschutzrechtliche Versicherteninformation (Merkblatt zum Datenschutz) und das Merkblatt Patientinformation habe ich erhalten, zur Kenntnis genommen und bin mit den Inhalten einverstanden.

Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden, im Rahmen der Besonderen Versorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses gelten. Soweit Daten für die Beantragung, Abrechnung oder Qualitätssicherung von Leistungen im Rahmen der Besonderen Versorgung erforderlich sind, erkläre ich mich mit einer Übermittlung dieser Daten an meine Betriebskrankenkasse sowie an die von meiner BKK beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH einverstanden.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

Vom Arzt auszufüllen (Bitte Zutreffendes ankreuzen).

<input type="checkbox"/> Ambulant → Operateur ich selbst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein OP-Ort <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik Berlin <input type="checkbox"/> Klinik Schöneberg <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Sana Schlossgarten Neuruppin <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> SPREEDOCS <input type="checkbox"/> Klinik am Schlosspark Biesdorf <input type="checkbox"/> weiteres OPZ: _____	<input type="checkbox"/> Ambulant Plus → OPZ ich selbst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein OP-Ort <input type="checkbox"/> Ambulantes OPZ am KH Hedwigshöhe <input type="checkbox"/> Havelklinik Berlin <input type="checkbox"/> Klinik Schöneberg <input type="checkbox"/> MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (MZL) <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bethel (nur HNO) <input type="checkbox"/> Westklinik Dahlem (nur Chir./Orth.) <input type="checkbox"/> DRK Kliniken Berlin/Westend (nur HNO) <input type="checkbox"/> SPREEDOCS <input type="checkbox"/> Klinik am Schlosspark Biesdorf	<input type="checkbox"/> vollstationär → Krankenhaus ich selbst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein OP-Ort <input type="checkbox"/> Parkklinik Weißensee <input type="checkbox"/> Sana Klinikum Lichtenberg <input type="checkbox"/> Sankt-Gertrauden-KH <input type="checkbox"/> Schlosspark-Klinik <input type="checkbox"/> Städt. Klinikum Brandenburg
---	---	--

Hauptdiagnose (ICD-10) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose	OPS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Verbund: <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> GYN <input type="checkbox"/> AUGEN <input type="checkbox"/> Chirurgisch-Orthopädisch <input type="checkbox"/> Hypo <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
<input type="checkbox"/> Hausarztzuweisung bei Operationen Bitte Überweisungsschein vom teilnehmenden Hausarzt an die CONVEMA senden!		



 Ort, Datum

 Unterschrift des Leistungserbringers / Antragstellers

Merklblatt zum Datenschutz

Informationen zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

1. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung stimmen Sie den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu, dass die teilnehmenden Leistungserbringer (Ärzte) berechtigt sind, die vorliegenden personenbezogenen Daten über Sie und Ihre Erkrankungen einschließlich der betreffenden Diagnosen, die für die Behandlung im Rahmen dieses Versorgungsangebots notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.

2. Sie stimmen ebenfalls zu, dass Ihre BKK berechtigt ist, die vorliegenden personenbezogenen Daten über Sie und Ihre Erkrankungen einschließlich der betreffenden Diagnosen, die für die Abrechnung notwendig sind, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

3. Die zur Abrechnung und zur Teilnehmerverwaltung notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Diagnosen, ICD, Versichertenstatus, Versichertennummer, erbrachte Leistung, Behandlungsdatum) dürfen durch die Vertragspartner bzw. die teilnehmenden Leistungserbringer an die BKK übermittelt werden. Die personenbezogenen Daten werden zwischen den vorgenannten Verantwortlichen darüber hinaus zum Zwecke des Fallmanagements, des Vertragscontrollings sowie zur Prüfung der Behandlung durch Dritte (MDK) verarbeitet. Die Vertragspartner und die teilnehmenden Leistungserbringer sind zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen gem. § 140a SGB V in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DSGVO, § 284 SGB V, §§ 67a ff. SGB X verpflichtet.

4. Die erhobenen und gespeicherten Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden bei Teilnahmeende gelöscht, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Andernfalls werden meine erhobenen und gespeicherten Daten nur in pseudonymisierter Form gespeichert.

5. Die Vertragspartner sind verpflichtet, während der Dauer und auch nach Beendigung der Tätigkeit über alle Sozialdaten das Stillschweigen zu bewahren.

Wichtige Informationen zum Datenschutz nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Zur Sicherstellung des Datenschutzes im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über folgende Einzelheiten:

1. Verantwortliche für den Datenschutz nach Art. 26 DSGVO sind gemeinsam die

- BKK VBU, Lindenstr. 67, 10969 Berlin; datenschutzbeauftragter@bkk-vbu.de
- BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover; datenschutz@bkkmitte.de
- CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin, datenschutz@convema.com
- zuständige Aufsichtsbehörde: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin, mailbox@datenschutz-berlin.de

2. Ebenfalls verantwortlich für den Datenschutz nach Art. 26 DSGVO ist die jeweilige für Sie zuständige BKK, insoweit vertreten durch den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover, die/der Datenschutzbeauftragte des BKK Landesverbandes Mitte, datenschutz@bkkmitte.de.

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall auch an die/den Datenschutzbeauftragte/n des BKK Landesverbandes Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie an Ihre BKK und deren Datenschutzbeauftragte/n wenden. Sie haben außerdem das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde Ihrer BKK. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie unter folgender Internetadresse: www.bkkmitte.de/selektiv. Selbstverständlich können Sie bei Bedarf die Informationen in Papierform über Ihre BKK beziehen.

3. Die vorgenannten Verantwortlichen beachten die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die jeweils dafür erforderlichen technisch organisatorischen Maßnahmen und datenschutzrechtlichen Verpflichtungen eigenverantwortlich sicher. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an die jeweiligen Datenschutzbeauftragten.

4. Sie haben im Rahmen der Regelungen der DSGVO ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

5. 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 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

6. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung 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 an der Teilnahme an der integrierten Verbundversorgung verbunden. Die erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden, wie sie zur Abrechnung der integrierten Verbundversorgung erforderlich sind - vgl. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO, § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, §§ 67a, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X - oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen. Hiervon ausgenommen ist eine Datenverarbeitung zu Evaluationszwecken. Die diesbezügliche datenschutzrechtliche Einwilligung ist keine Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag.

Merkblatt Patienteninformation

zur Teilnahme an der Verbundversorgung Berlin-Brandenburg

Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Meine BKK hat einen Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung von Patienten in Form einer phasenübergreifenden Versorgung geschlossen. Durch diese Besondere Versorgung wird Ihnen ein vielseitiges Leistungsspektrum angeboten, wobei unterschiedliche Fachbereiche die ärztliche Versorgung abdecken. Unter Einsatz modernster Technik und der Anwendung innovativer Behandlungsmethoden ermöglichen spezialisierte Fachärzte die stationersetzende Versorgung der Versicherten. Dadurch werden Doppeluntersuchungen vermieden, die sonst übliche Behandlungsdauer verkürzt und die Lebensqualität verbessert.

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 und endet automatisch mit dem Abschluss der Behandlung durch den nachbehandelnden Arzt. 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 mit dem Abschluss der Behandlung, grundsätzlich spätestens am 21. postoperativen Tag.
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.**