

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

BARMER

Anlage 3

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur
Hausarztzentrierten Versorgung (und
Datenverarbeitung in Bremen
Vertragskennzeichen: 140032AE002**

☐ Ersteinschreibung

A. Erklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung in Bremen (gemäß § 73b SGB V)

Über die Inhalte und den Zweck der Hausarztzentrierten Versorgung (im folgenden „HzV“ genannt) und den Behandlungsablauf wurde ich von meinem betreuenden Hausarzt / meiner betreuenden Hausärztin ausführlich und umfassend aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformation zur Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V, erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der HzV. Ich kann nur an einem Vertrag zur hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Andere Leistungserbringer außer einem Gynäkologen, Augenarzt, Zahnarzt und einen Kinder- und Jugendarzt kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Die in der Patienteninformation zur Teilnahme beschriebenen, insoweit bestehenden Besonderheiten sind mir bekannt.
- Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an meine Teilnahmeerklärung für ein Jahr ab Beginn der Teilnahme gebunden. Nach Ablauf dieses ersten Teilnahmejahres kann ich schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse jeweils zum Quartalsende mit einer Frist von 4 Wochen kündigen. Das Recht zur vorzeitigen Beendigung aus wichtigem Grunde bleibt unberührt.
- Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die HzV in Bremen beendet wird.
- Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann ich aus diesem Vertrag ausgeschlossen werden.
- Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an den ausgewählten Hausarzt gebunden. Im Falle eines Umzuges oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Arztwechsels.
- Meine personenbezogenen Daten zur Verarbeitung aus der Hausarztzentrierten Versorgung zum Zweck der Evaluation, der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Hausarztzentrierten Versorgung durch die BARMER oder einer von ihr beauftragten Stelle verarbeitet werden dürfen.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die „Patienteninformationen zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V,“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Die Aufklärung über die mir im Rahmen der Datenverarbeitung zustehenden Rechte habe ich verstanden.

Des Weiteren willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten aus der Hausarztzentrierten Versorgung zum Zweck der Evaluation, der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Hausarztzentrierten Versorgung durch die BARMER oder einer von ihr beauftragten Stelle verarbeitet werden dürfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten dabei anonymisiert sind, um einen Rückschluss auf meine Person auszuschließen.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der HzV ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

(Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein und / oder diese Einwilligungserklärung nicht unterschreiben wollen, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. An Ihrer bisherigen ambulanten Versorgung ändert sich dann nichts.)

Mir wurden die

- „Patienteninformation für die Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V, sowie
- die „Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V und
- eine Abschrift dieses Dokumentes

überreicht und ich habe die Inhalte zur Kenntnis genommen und verstanden.

Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der HzV bin ich einverstanden.

Ich möchte an der HzV teilnehmen.

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Arzt

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V in Bremen

Die BARMER möchte gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen auf gesetzlicher Grundlage des §73b SGB V mittels hausarztzentrierter Versorgung („HzV“) die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Hierzu wurde der vorbezeichnete Vertrag geschlossen.

Die Teilnahme an der HzV ist freiwillig.

Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Was versteht man unter der Hausarztzentrierten Versorgung?

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser HzV, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

Die HzV ist eine medizinische Versorgungsform, die die Qualität der ambulanten, hausärztlichen Versorgung verbessert, indem die zentrale Steuerungs- und Kontrollfunktion der Hausärztin / des Hausarztes gestärkt wird. Das bedeutet, Sie als Versicherte / Versicherter verpflichten sich schriftlich gegenüber der BARMER für mindestens 1 Teilnahmejahr ausschließlich den von Ihnen gewählten Hausarzt/ -ärztin aufzusuchen. Voraussetzung ist die Teilnahme des Hausarztes/ -ärztin an der HzV.

Ihr Recht auf freie Arztwahl ist somit beschränkt.

Das bedeutet, Fachärzte dürfen von Ihnen im Rahmen der HzV nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Eine Ausnahme gilt für die Inanspruchnahme von Frauen-, Augen-, Zahn-, Kinder- und Jugendärzten/ -ärztinnen sowie in Notfällen. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit) suchen Sie den von Ihrer Hausärztin/ Ihrem Hausarzt benannten HzV-Vertretungsarzt/ -ärztin auf.

Ein Hausarztwechsel innerhalb der HzV ist grundsätzlich vor Ablauf des Teilnahmejahres nicht möglich. Ausnahmen gibt es nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, z.B. in folgenden Fällen, Umzug des Arztes/ der Ärztin oder des Versicherten. Hierzu muss der neu gewählte HzV-Arzt/ Ärztin zusammen mit dem Versicherten unverzüglich erneut eine HzV-Teilnahmeerklärung ausfüllen und auf dieser „Hausarztwechsel“ ankreuzen. Die Teilnahme bei dem bisherigen Hausarzt/ -ärztin endet und wird bei dem Nachfolgearzt/ -ärztin lückenlos fortgeführt. Eine Kündigung durch den Versicherten ist in diesen Fällen nicht notwendig. Eine Einschreibung bei verschiedenen Hausärzten gleichzeitig sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen, ggfs. eines Kinder- und Jugendvertrages, ist nicht zulässig.

Diese Leistungen können Sie erwarten

- Der Hausarzt steuert das Leistungsgeschehen, indem er als Ihr Ansprechpartner Sie bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote im Gesundheitssystem begleitet und durch fachlichen Austausch mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung gewährleistet.

Mit Ihrer Einwilligung zur Teilnahme an der HzV erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht und diskutiert werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung gegenüber Ihrem Arzt natürlich widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

- Hausärztinnen und Hausärzte, die an der HzV teilnehmen, erfüllen besondere Fortbildungspflichten sowie Anforderungen an technische Standards.
- Um insbesondere berufstätigen Versicherten einen Arztbesuch außerhalb der Arbeitszeit zu ermöglichen, werden Termine in einer Früh-, Abend- oder Samstagsprechstunde angeboten. Sie erhalten Unterstützung bei der Vermittlung von Facharztterminen bei von der Hausärztin / vom Hausarzt veranlassten Überweisungen.
- Für Patienten mit chronischen Erkrankungen richtet der Hausarzt/die Hausärztin ein besonderes Augenmerk insbesondere auf das Modell des Shared-Decision-Making, bezogen auf Diagnostik, Therapiewahl und den Krankheitsverlauf. Folgende Elemente stehen bei der Behandlung im Fokus:
 - Intensivierte Steuerung der Therapieverläufe und -planung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten (Shared-Decision-Making), insbesondere bei Patienten mit neu manifestierten chronischen Erkrankungen
 - Zeitnahe Vermittlung notwendiger Termine bei fachärztlichen Kollegen
 - Regelmäßige Prüfung, Überwachung und Implementierung der hausärztlich und fachärztlich verordneten Medikamente
 - Beratung im Hinblick auf die individuelle Lebensführung, dazu gehört ein Hinwirken auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten
 - Bei Bedarf Anbindung an krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen
 - Hinweis auf die freiwillige Teilnahme an gemeinsamen Patientenveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und der Krankenkasse zu Shared-Decision-Making
 - Information und Hinweis auf spezielle Versorgungsverträge der Krankenkasse

Wie Sie teilnehmen können

Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch mit Ihrem Hausarzt/ -ärztin ausführlich über die Teilnahme informiert und aufgeklärt. Durch die Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigen Sie Ihre Teilnahme an der HzV für mindestens ein Teilnahmejahr und wählen gleichzeitig verbindlich Ihren Hausarzt/ -ärztin aus. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Wenn Sie die Teilnahmeerklärung nicht unterzeichnen möchten, können Sie nicht an der HzV teilnehmen. An Ihrer bisherigen hausärztlichen Versorgung ändert sich dadurch nichts.

Widerruf, Kündigung und Hausarztwechsel

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufs-erklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der HzV können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie können Ihre Teilnahme nach Ablauf der Widerrufsfrist frühestens nach Ende des ersten Teilnahmejahres mit einer Frist von vier Wochen beenden. Im Übrigen gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum letzten Tag des 2. Monats eines Quartals (28.02., 31.05., 31.08., 30.11.). Die Kündigung erfolgt schriftlich **oder elektronisch** gegenüber der BARMER. Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus bestimmten Gründen möglich, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die HzV beendet wird. Wichtig: Ihre ambulante, hausärztliche Versorgung ist auch nach Ende der Teilnahme an der HzV weiterhin sichergestellt.

Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an

BARMER
Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der BARMER zur Niederschrift erklären. Bei einem Widerruf oder einer Kündigung auf elektronischem Weg bietet Ihnen die BARMER für eine sichere Übermittlung Ihrer Daten die Übersendung über Ihren persönlichen Mitgliedsbereich über „Meine BARMER“ an.

Bleiben Sie treu!

Die BARMER kann Ihre Teilnahme an der HzV kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HzV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z.B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten, außer Augenärzten/Gynäkologe/Notfall ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Für Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HzV-Teilnahmebedingungen entstehen, können Sie in einem solchen Fall haftbar gemacht werden. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus der HzV.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Vertrages an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73 b SGB V in Bremen

(sowie Informationen nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO))

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Die BARMER ist gemäß § 284 SGB V berechtigt, Sozialdaten zu erheben sowie zu speichern. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist gem. § 295 Abs. 1 SGB V berechtigt Sozialdaten zu erheben und zu speichern. Das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I ist zu wahren.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und die BARMER zum Zwecke der Teilnahme des Arztes an der HzV ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO i.V. mit dem HzV-Vertrag nach § 73b SGB V. Für die Verarbeitung der Patientendaten durch beide Beteiligte sind es die Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) und Art. 9 Abs. 2 lit. h) und f) i.V.m. Abs. 3 DSGVO sowie § 295 und § 295a SGBV.

Darüber hinaus dürfen die Vertragspartner personenbezogene Daten (Sozialdaten) im Rahmen der Teilnahme nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeiten, wenn ihnen hierfür eine Einwilligungserklärung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO in der jeweils gültigen Fassung des Versicherten vorliegt.

Wir möchten, dass Sie in guten Händen sind.

Der § 295a SGB V sieht vor, dass alle Versicherten, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen, ausführlich über die Nutzung und Verwendung ihrer personenbezogenen Daten informiert werden und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV zustimmen müssen. Nachfolgend aufgeführte Daten werden für die Durchführung der HzV erhoben und zu den im Zusammenhang mit der genannten Datenkategorie angegebenen Zwecken verarbeitet. Ebenso wird im Folgenden erläutert, durch wen die Daten verarbeitet bzw. an wen die Daten übermittelt werden.

Bei den Datenübermittlungsverfahren handelt es sich immer um gesicherte und verschlüsselte Verfahren, welche den datenschutzrechtlichen Vorgaben entsprechen

Datenkategorie HzV-Teilnahmedaten:

Die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur HzV und Datenverarbeitung Anlage 3“ wird von Ihnen und Ihrem Hausarzt unterzeichnet.

Sie erhalten eine Kopie des Dokumentes für Ihre Unterlagen. Ein Original der Erklärung verbleibt zum Nachweis in der Hausarztpraxis. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen gewährleistet ein für die teilnehmende Krankenkasse transparentes aufwandsarmes Einschreibeverfahren. Dabei erfolgt die Datenübermittlung soweit wie möglich elektronisch. Der teilnehmende Hausarzt dokumentiert die Einschreibung des Versicherten, in dem er die für die Einschreibung

festgelegte Pseudoziffer am Tag der Einschreibung des Versicherten in seine Abrechnungsunterlagen einfügt. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt aus den Abrechnungsunterlagen eine Liste der teilnehmenden Versicherten für die BARMER und übermittelt diese zeitnah – ausschließlich zur Umsetzung dieses Vertrages - in elektronischer Form. Die BARMER hat ein Einsichtsrecht in das Original der Teilnahmeerklärung und darf diese jederzeit zu Prüfzwecken anfordern. Die BARMER wiederum übermittelt der KV Bremen vor jedem Abrechnungsquartal ein Teilnahmeverzeichnis.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmedaten werden hierfür insbesondere übermittelt:

Name, Vorname, Geschlecht, PLZ, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Arzt Daten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Endgrund.

Datenkategorie HzV-Abrechnungsdaten:

Damit der gewählte Hausarzt/ -ärztin eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt Ihr Hausarzt/ -ärztin gem. § 295a SGB V die Daten verschlüsselt an die KV Bremen. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die KV Bremen aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei, die der BARMER verschlüsselt zur Verfügung gestellt wird. Aufgrund dieser Grundlage zahlt die BARMER die Vergütung für Ihren Hausarzt/ -ärztin.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Nachname, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den dokumentierten Leistungen

Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals, Operationsschlüssel.

Datenkategorie Behandlungsdaten / Befundaustausch:

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an der HzV wird ausdrücklich das Einverständnis erklärt, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. In einem solchen Fall ist der Widerspruch direkt an den behandelnden Arzt/ Ärztin zu richten.

Wir benötigen Ihre Einwilligung

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind für die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung

erforderlich und gemäß der gesetzlichen Bestimmungen zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenvereinbarung eingewilligt haben. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur besonderen Versorgung (hier Hausarztzentrierte Versorgung) und Datenverarbeitung (Anlage 3) erklären Sie diese Einwilligung. Wenn Sie ihre Einwilligung zu diesen Datenvereinbarungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an der HzV nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts.

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten in Deutschland bleiben und besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder dem Sozialgeheimnis.

Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der HzV endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme an der Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V in Bremen genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Prüfung durch den MD

Ist eine Prüfung durch den medizinischen Dienst (MD) durch die BARMER veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiterzuleiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Datenlöschung bei der BARMER

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der BARMER erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Ihre bei der BARMER verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten der HzV) werden bei der Ablehnung Ihrer Teilnahme, Ihrem Ausscheiden oder Ihrem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung von der BARMER für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten.

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO)

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der BARMER wenden unter:

BARMER
Datenschutzbeauftragter
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

Für Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BARMER im Rahmen dieser HzV wenden Sie sich bitte an:

BARMER
Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin
E-Mail: service@barmer.de

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Gruheindorfer Str. 15353117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Weiterhin verantwortlich für die Verarbeitung der Daten i.S.v. 13 DSGVO ist Ihr Hausarzt.

Für die Teilnahme am Hausarzt-Programm erfolgt die weitere Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Sie können sich wegen der Teilnehmerdaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden.

Der Datenschutzbeauftragte KVHB
Schwachhauser
Heerstr.26-28
28209 Bremen
Tel.:0421-34040

Beschwerden über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde:

Die Landesdatenschutzbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven
Tel.: 0471 596 2010 oder 0421 361 2010