



Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) am Projekt „IP-Wunde“

Name des Patienten / der Patientin: _____

(in Druckbuchstaben)

Ich habe die „Informationen für Studienteilnehmende IP-Wunde“ erhalten, gelesen und den Inhalt verstanden. Zudem hatte ich Gelegenheit, Nachfragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich weiß, dass mir das Projektteam auch zukünftig auftretende Fragen beantworten wird. Ich wurde darüber informiert, mit welchem Aufwand die Teilnahme am Projekt verbunden ist und dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mir dadurch keine Nachteile entstehen.

Mir wurde versichert, dass der Umgang mit meinen Daten den Vorgaben der DSGVO entspricht. Die im Rahmen dieses Projektes erhobenen persönlichen Daten werden von der Vertrauensstelle des Kompetenzzentrums für Klinische Studien Bremen für die Auswertung an der Universität Bremen pseudonymisiert, d.h. mein Name wird durch eine Identifikationsnummer ersetzt. So können meine Daten nicht zu meiner Person zurückverfolgt werden. Die Daten werden für Forschungszwecke nur in anonymisierter Form ausgewertet und veröffentlicht. Meine personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald die Speicherung für die wissenschaftliche Auswertung des Projektes oder die Speicherung nach gesetzlichen Fristen nicht mehr notwendig ist. Der Datensatz der Evaluation wird nach Abschluss des Projektes ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert. Sollte ich meine Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen, werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den folgenden Teilnahmebedingungen einverstanden:

- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieses Projektes erhobenen Daten, insbesondere Angaben über meine Person, Gesundheit und meinen Behandlungsverlauf, auf elektronischen Datenträgern an die Vertrauensstelle des Kompetenzzentrums für klinische Studien Bremen/Universität Bremen weitergeleitet, dort verarbeitet, pseudonymisiert und später ausgewertet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieses Projekts erhobenen Daten zu meiner Person sowie meine medizinischen Daten im Rahmen des integrierten Versorgungsmanagements und entsprechend des Merkblattes zum Datenschutz zum Zweck der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu meiner Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen den an dieser besonderen Versorgung Beteiligten



(teilnehmende Haus- und Fachärzte / Fachärztinnen, Vertrauensstelle, Ihre Krankenkasse und IVPNetworks GmbH) übermittelt, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an dem Projekt beenden kann. Die bis zu diesem Zeitpunkt von mir erhobenen Daten können auch weiterhin verwendet und ausgewertet werden. Meine Daten der Evaluation werden zu diesem Zweck allerdings anonymisiert.
- Ich willige ein, dass die von mir erhobenen Daten mit Versicherungsdaten meiner Krankenkasse für die Evaluation verknüpft werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch des Projektes gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt werden, soweit dem nicht andere gesetzliche oder, mit dem Auftraggeber vertraglich vereinbarte, Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
- Sofern mein behandelnder Arzt / meine behandelnde Ärztin selbst nicht Teil des Behandlungsnetzwerkes ist, bin ich damit einverstanden, dass er/sie über meine Teilnahme am Projekt informiert wird.

Sofern ich der Gruppe 2 zugeordnet werde,

- willige ich in die Teilnahme am Vertrag über die Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung des Projektes „IP-Wunde“ ein.
- willige ich ein, dass meine Krankenkasse und beteiligte Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Vertrag „IP-Wunde“ zu Zwecken der Durchführung sowie zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse verarbeiten dürfen.

Die Information zur Teilnahme am Vertrag habe ich erhalten.

Ich erkläre meine Einwilligung zur Teilnahme und zur Verarbeitung meiner pseudonymisierten Gesundheits- und Behandlungsdaten für das Projekt IP-Wunde, behalte mir jedoch vor, jederzeit ohne Angabe von Gründen diese Einwilligung zurückziehen zu können. Meine Fragen wurden von meinem Arzt / meiner Ärztin hinreichend beantwortet.

Außerdem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Nach Unterschrift erhalte ich eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.



Informationen für Studienteilnehmende „IP-Wunde“

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Ihre Arztpraxis nimmt am Projekt IP-Wunde – Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen teil. IP-Wunde ist ein wissenschaftlich begleitetes Projekt, das die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit chronischen Wunden optimieren soll. Gerne können Sie an IP-Wunde teilnehmen. Damit Sie sich über das Projekt umfassend informieren können, haben wir diese Information für Sie erstellt. Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig und wenden Sie sich bei Fragen gerne telefonisch oder per Email (s.hornemann@kvhb.de) an das Projektteam IP-Wunde bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB). Die Telefonnummer lautet: 0421-3404-157 (wochentags zwischen 9:00 und 16:00 Uhr).

Ihre Teilnahme am Projekt IP-Wunde ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, zurückziehen, ohne dass hierdurch Nachteile für Sie entstehen.

Was ist IP-Wunde?

IP-Wunde ist ein Projekt des Innovationsfonds, welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstes Gremium der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Psychotherapierenden, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland gefördert wird. Die KVHB ist für die Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung in Bremen zuständig und leitet das Projekt. Durchgeführt wird das Projekt in Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/ Bremerhaven, der IVPNetworks GmbH und dem Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen (KKSb) der Universität Bremen. Das Projekt wird vom 01.01.2022 bis 31.12.2025 in vielen Arztpraxen im gesamten Land Bremen umgesetzt.

Welche Ziele verfolgt das Projekt?

Im Projekt IP-Wunde wird gezielt ein neues Versorgungsmanagement für Patienten und Patientinnen mit chronischen Wunden aufgebaut, welches unterschiedliche Arztpraxen miteinander vernetzt. Durch den verbesserten Austausch sollen vor allem eine verbesserte Wundheilung und eine stärkere Patientenorientierung gefördert werden. Darüber hinaus wird innerhalb des Projektes beobachtet, ob das vernetzte Versorgungsmanagement die Kosten im Gesundheitswesen senkt und ob die neuen Prozesse und Strukturen in der Versorgung flächendeckend angenommen werden.

Wie wird das Projekt für Sie ablaufen?

Wenn Sie sich für eine Teilnahme am Projekt IP-Wunde entscheiden, nehmen Sie für 6 Monate daran teil. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden in zwei Gruppen eingeteilt (Gruppe 1 und Gruppe



2). Von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin erfahren Sie, in welcher der beiden Gruppen Sie behandelt werden. Wenn Sie der Gruppe 1 zugeordnet werden, wird Ihre Wunde in bewährter Weise behandelt. Es finden darüber hinaus Wunddokumentationen und Befragungen zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Wenn Sie der Gruppe 2 zugeordnet werden, erfolgt Ihre Wundbehandlung in einem Behandlungsnetzwerk aus Spezialisierten Wundpraxen, welches einen Austausch zwischen Ihrer vertrauten Arztpraxis und zu einer Spezialisierten Wundpraxis ermöglicht. Im nächsten Schritt wird eine digitale Wundfallakte angelegt, auf die alle an der Behandlung beteiligten Personen Zugriff haben, um Ihre Wunde bestmöglich behandeln zu können. Auch Sie selbst können Zugriff auf diese Akte bekommen. Auch in Gruppe 2 werden zu drei Zeitpunkte Informationen zu ihrer Person, ihrer Wunde, der Lebensqualität und ihrer Zufriedenheit von Ihnen erfragt, um das Projekt am Ende bewerten zu können. Für die Beantwortung des Fragebogens zur Zufriedenheit der ärztlichen Behandlung erhalten Sie in beiden Gruppen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10€. Darüber hinaus haben Sie (sofern Sie mit Ihrer Teilnahme am Projekt vor dem 30.09.2024 beginnen und eine medizinische Notwendigkeit besteht) nach 6 Monaten die Möglichkeit von Gruppe 1 in die Gruppe 2 zu wechseln.

Wer kann an IP-Wunde teilnehmen?

Um an dem Projekt teilnehmen zu können, müssen Sie mindestens 18 Jahre alt und bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sein. Wenn die Arztpraxis die bestehende Wunde als chronisch einstuft, steht einer Teilnahme am Projekt IP-Wunde in der Regel nichts entgegen.

Hinweis auf Rücktrittsrecht

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne, dass ein Nachteil für Sie entsteht, die Projektteilnahme mündlich oder schriftlich zurückziehen.

Welchen Daten werden von Ihnen erhoben?

Eine genaue Beschreibung der von Ihnen erhobene Daten in diesem Projekt können Sie dem „Merkblatt zum Datenschutz“ entnehmen. Dort finden Sie auch alle Informationen zum Schutz Ihrer Daten. Bitte lesen Sie dieses sorgfältig durch, bevor Sie Ihr Einverständnis zur Projektteilnahme geben.

Kontaktpersonen bei Fragen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
-Projektleitung IP-Wunde-
Frau Stefanie Hornemann
0421-3404-157
s.hornemann@kvhb.de
(wochentags zwischen 9:00 und 16:00 Uhr)



Merkblatt zum Datenschutz für Studienteilnehmende „IP-Wunde“

Liebe Projektteilnehmerin, lieber Projektteilnehmer,

Sie haben sich zur Teilnahme am Projekt IP-Wunde¹ (IP-Wunde – Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen) entschieden. Um Sie im Rahmen von IP-Wunde von Beginn an umfassend betreuen und beraten zu können, ist es notwendig, dass wir auch Daten von Ihnen kennen, die über das hinausgehen, was die Gesetze an üblicher Datenverarbeitung ohnehin vorsehen. Diese beinhalten beispielsweise Daten zu Krankheits- und Behandlungsverläufen sowie zur Lebensqualität.

Mit diesem Merkblatt wollen wir Sie informieren, wer sich mit Ihren Daten im Rahmen Ihrer Teilnahme an IP-Wunde befassen wird und zwischen welchen Stellen Ihre Daten ausgetauscht werden. Zudem erhalten Sie Informationen darüber, welche Rechte Sie in Bezug auf die Erhebung und Verarbeitung der von Ihnen erhobenen Daten haben.

Für das Projekt werden die folgenden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt:

- Daten zu Ihrer Person
- Behandlungsdaten
- Abrechnungsdaten

Wer welche Daten für welchen Zweck erhebt, verarbeitet und nutzt, wird in den folgenden Abschnitten ausführlich beschrieben.

Welche Daten werden erhoben und wer erhält diese Daten?

Ihr Arzt / Ihre Ärztin erhebt digital im Rahmen der Einwilligungserklärung für das Projekt IP-Wunde Daten zu Ihrer Person (Alter, Geburtsdatum, Vorname, Nachname, Adresse, zuständige Krankenkasse, Versichertennummer, Teilnahmebeginn an IP-Wunde, Ihren behandelnden Arzt / Ihre behandelnde Ärztin). Diese Daten werden zeitnah durch Ihren behandelnden Arzt / Ihre behandelnde Ärztin oder der IVPNetworks GmbH an Ihre Krankenkasse und die Vertrauensstelle des Kompetenzzentrums für klinische Studien in Bremen (KKSb) weitergeleitet. Das KKSb hat die Aufgabe, im Rahmen des Projekts Daten wissenschaftlich auszuwerten und damit den Erfolg des Projekts IP-Wunde zu bewerten. Ihre erhobenen Daten tragen maßgeblich hierzu bei.

Sollte Ihr behandelnder Hausarzt nicht am Projekt teilnehmen und die Einschreibung durch eine Spezialisierte Wundpraxis erfolgen, wird Ihr Hausarzt/Hausärztin von uns über Ihre Teilnahme informiert.

Welche Daten werden in Ihrer Wundfallakte erfasst?

Ihr Arzt / Ihre Ärztin dokumentiert ärztliche und pflegerische Behandlungsinformationen in einer elektronischen Wundfallakte.

¹ Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt: „IP-Wunde – Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen“; Förderkennzeichen:01NVF20016



Dies betrifft die folgenden Angaben:

- Name, Vorname, Geburtsdatum und Alter
- Wohnbereich
- Diagnosen und Krankengeschichte
- Risikofaktoren, wie z. B. Diabetes
- Medikationen
- Dokumente und Befunde bspw. Arzt- und Krankenhausberichte
- Behandlungsplan inkl. Diagnostik, Therapien, pflegerische Maßnahmen
- Wunddokumentation inkl. Fotoaufnahmen von Ihrer Wunde
- Planung und Dokumentation der regelmäßigen Behandlungstermine

Wer verwaltet die Wundfallakte?

Die gemeinsame elektronische Dokumentation wird im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) von einem externen Dienstleister, der IVPNetworks GmbH, verwaltet. Die IVPNetworks GmbH ist Projektpartner bei der Durchführung des Projekts IP-Wunde und ist vertraglich verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Vorgaben gem. § 80 SGB X einzuhalten.

Wer arbeitet mit der Wundfallakte und wer hat darauf Zugriff?

Einsicht in die elektronische Wundfallakte haben nur im Rahmen von IP-Wunde berechnigte Personen. Dazu gehören Ihre behandelnden Ärzte / Ärztinnen und deren Vertreter / Vertreterinnen sowie die berechtigten Wundassistenten und die berechtigten Mitarbeitenden der IVPNetworks GmbH. Ihre Krankenkasse, die KVHB und das evaluierende wissenschaftliche Institut (KKSb) haben zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die erhobenen Daten in der Wundfallakte. Der Vorteil der Wundfallakte ist, dass die wichtigsten Informationen zu Ihren Behandlungen zentral an einem Ort gespeichert und für alle an der Behandlung beteiligten Ärzte / Ärztinnen und Wundassistenten einsehbar sind. Sie haben ebenfalls das gesetzliche Recht zur Einsicht in Ihre Daten in der Wundfallakte. Hierfür können Sie sich an Ihren Arzt / Ihre Ärztin wenden.

Welche Abrechnungsdaten werden erhoben und übermittelt?

Ihr Arzt / Ihre Ärztin ist verpflichtet, bestimmte Daten Ihrer Behandlung zur Abrechnung und/oder Dokumentationen an die KVHB weiterzugeben, die dann an Ihre Krankenkasse übermittelt werden. Darüber hinaus werden über die Wundfallakte Daten zur Kontrolle der Abrechnung von der IVPNetworks GmbH generiert und ebenfalls an die KVHB gesendet.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

- Versichertenstammdaten (z. B. Name, Versichertennummer)
- Diagnosen nach ICD 10
- durchgeführte Behandlungen und Leistungen Versorgungsmanagement
- Abrechnungsnummern
- Vergütungen der Ärzte / Ärztinnen

Welche Daten werden für die wissenschaftliche Begleitung übermittelt?

Die Universität Bremen (KKSb) führt die wissenschaftliche Begleitung von IP-Wunde durch. Hierzu werden von Ihrer Krankenkasse pseudonymisierte² Daten übermittelt, die weder Ihren Namen, Ihre Initialen, noch Ihr Geburtsdatum enthalten. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist somit ausgeschlossen. Folgende Daten aus dem Zeitraum beginnend mit Datum der Einschreibung bzw. Aufnahme in das Projekt und endend

² Das bedeutet, dass Ihr Name und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (z.B. Nummerncode) ersetzt werden, damit eine Bestimmung Ihrer Person nicht möglich ist.

mit Ablauf von sechs Monaten nach Aufnahme, werden von Ihrer Krankenkasse pseudonymisiert an das KKSÜ übermitteln:

- Daten zu Erkrankungen
- Daten zu Krankenhausaufenthalten
- Daten zu erfolgten Therapien, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Angaben zu Art und Kosten von verordneten Verbandmitteln
- Angaben zum Krankengeld
- sonstige personenbezogene Daten wie Alter und Wohnort

Außerdem werden dem KKSÜ die im Rahmen der Evaluation benötigten Daten (Daten zu Ihrer Person, Erkrankungen, Allgemeinzustand, Angaben zu ihrer Wunde und Behandlungsverlauf, Lebensqualität, Zufriedenheit) elektronisch aus der Wundfallakte bzw. schriftlich durch einen Fragebogen in pseudonymisierter Form bereitgestellt. Die pseudonymisierten Daten werden zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung mit den pseudonymisierten Daten Ihrer Krankenkasse zusammengeführt und ausgewertet. Der Rückschluss auf Ihre Person ist auch hier ausgeschlossen.

Ablauf der Pseudonymisierung (Verschlüsselung)

Die Vertrauensstelle des KKSÜ erhält die Informationen Ihrer Einwilligungserklärung und verwaltet diese in einer sicheren Datenbank zur Erstellung eines Teilnehmerverzeichnisses. Für jeden Teilnehmenden / jede Teilnehmende wird ein eindeutiges Kennzeichen (Identifikationsnummer) vergeben und in Verschlüsselungslisten erfasst. Die für Sie vergebene Identifikationsnummer wird bei allen Datenübermittlungen anstelle Ihres Namens und anderer Identifikationsmerkmale verwendet, damit eine Rückverfolgung auf Ihre Person ausgeschlossen werden kann.

Wann werden meine Daten gelöscht?

Ihre Teilnahmeerklärung, Ihre Teilnahmedaten inklusive der Verschlüsselungslisten und die Daten aus der Dokumentation werden entsprechend der gesetzlichen Vorschriften zu den Aufbewahrungs- und Löschpflichten gelöscht. Der Personenzug der Daten wird zum frühestmöglichen Zeitpunkt entfernt, spätestens allerdings 6 Monate nach Abschluss der Studie. Die Evaluationsdaten werden in anonymisierter Form für spätere Zugriffe und Auswertungen gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt.

Haben Sie noch Fragen?

Fragen zum Datenschutz im Rahmen des Projektes IP-Wunde beantwortet Ihnen der Datenschutzbeauftragte der KVHB.

Christoph Maaß, Telefonnummer: 04213404-0, E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvhb.de

Die Rechtsgrundlagen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bilden bei diesem Projekt Ihre freiwillige, informierte und schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO sowie die Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und die Leitlinie für Gute Klinische Praxis. Ebenfalls Anwendung finden das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie landesdatenschutzrechtliche Vorschriften.

Bezüglich Ihrer Daten haben Sie folgende Rechte:

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf der Einwilligung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widerrufen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten verarbeitet werden.



Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten, die im Rahmen des Projektes erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden.

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht, Ihre unrichtigen personenbezogenen Daten berichtigen zu lassen.

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, z.B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen. Eine Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten oder an die Studienleitung für die Datenverarbeitung von IP-Wunde. Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde einzulegen.

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen

Dr. Imke Sommer
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven

Tel.: 0471/ 5962010

www.datenschutz.bremen.de

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Datenschutzbeauftragter der KVHB

Christoph Maaß
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Prof. Werner Brannath
Linzer Str. 4
28359 Bremen

Information bei Teilnahme

am Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung des Projektes im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V:
Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnahe in Bremen – „IP-Wunde“

Teilnahme am Vertrag zur Umsetzung des Projektes „IP Wunde“ (Zuordnung Gruppe 2)

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich umfassend über die Inhalte und Ziele des Vertrages „IP Wunde“ nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Sie beginnt mit dem Datum meiner Unterschrift auf der Einwilligungserklärung .

- Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für den Zeitraum der Behandlung an meine Teilnahme gebunden. Sie endet mit Beendigung der sechsmonatigen Behandlung automatisch im dritten Quartal nach Beginn der Teilnahme. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z. B. wenn das Vertrauensverhältnis zu meinem Arzt / meiner Ärztin nachhaltig gestört ist oder ich wegen eines Umzugs keine Möglichkeit habe, die Behandlung weiterhin wahrzunehmen. In diesem Fall kann ich meine Teilnahme jederzeit schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK ZF & Partner kündigen.
- Die Teilnahme endet in jeden Fall automatisch, sollte ich zu einer anderen Krankenkasse wechseln oder mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der BKK ZF & Partner.
- Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an diesem Vertrag auch meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner pseudonymisierten Behandlungs- und Leistungsdaten im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation Voraussetzung ist. Die Pseudonymisierung der erhobenen Daten lässt keinen Rückschluss auf meine Person zu. Diese Einverständniserklärung erfolgt gesondert.
- Nach § 140a Abs. 4 SGB V kann ich meine Erklärung zur Teilnahme an diesem Vertrag innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK ZF & Partner ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK ZF & Partner. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift. Sofern ich der Teilnahme an diesem wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Erfolgt die Einwilligung nicht bzw. wird diese widerrufen, ist eine Teilnahme am Vertrag nicht möglich.
- Empfänger meiner Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von der BKK ZF & Partner beauftragte Dienstleister sein können
- meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke verarbeiteten persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der §§ 140a und 284 SGB V sowie § 80 SGB X verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Dies betrifft folgende Datenkategorien:

* Wegen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen, die alle Geschlechter betreffen, die männliche Form gewählt, es sind jedoch immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

- Daten zur Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer)
- Daten zum Versicherungsverhältnis (Versichertenstatus)
- Leistungs-, Versorgungs-, und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten (Behandler, Diagnosen, Behandlungsdatum)
- Daten des Vertragspartners (Arztnummer, Betriebsstätte)

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt nach Beendigung der Teilnahme (mit Ende des Geschäftsjahres) eine Archivierung der Daten für vier Jahre. Soweit nicht gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen, werden diese Daten nach Ablauf dieser Frist vernichtet.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragte der BKK ZF & Partner:

Otto-Lilienthal-Str.10

88046 Friedrichshafen

E-Mail: datenschutzbeauftragter@bkk-zf-partner.de



Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die BKK ZF & Partner zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Telefon: +49 228 619-0
E-Mail: poststelle@bas.bund.de

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden oder diese kündigen oder widerrufen, erhalten Sie weiterhin die sonst üblichen Leistungen der Regelversorgung.

Ihren unterschriebenen Widerruf bzw. Ihre Kündigung können Sie richten an:

BKK ZF & Partner

Otto - Lilienthal - Str.10

88046 Friedrichshafen

bzw. über Ihr Postfach in der Online-Geschäftsstelle versenden.