

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

## Teilnahme zur besonderen Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen

- Mein behandelnder Arzt hat mich umfassend über die Inhalte und Ziele des Vertrags zur besonderen Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist. Mein Arzt nimmt diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Namen meiner Krankenkasse an. Ein grundsätzlicher Anspruch zur Teilnahme besteht nicht. Meine Krankenkasse ist dazu berechtigt eine Teilnahme bei Nichterfüllen der Teilnahmevoraussetzungen abzulehnen.
- Mit der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag bin ich für den Behandlungszeitraum an meine Teilnahme gebunden. Sie endet nach Inanspruchnahme der Leistung automatisch. Darüber hinaus endet meine Teilnahme vor Inanspruchnahme der Leistung, sollte ich zu einer anderen Krankenkasse oder Arzt wechseln, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen sowie mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse.
- Ein außerordentliches Kündigungsrecht steht mir bei einem Wohnortwechsel, bei einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder der Praxisschließung zu.
- Die Teilnahme bezieht sich ausschließlich auf die Leistungserbringer dieses Vertrages. Sollte ich die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, trage ich die Kosten dafür selbst.
- **Nach § 140a Abs. 2 SGB V kann ich diese Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung 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 diesem Vertrag.**

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass

- meine Krankenkasse und die beteiligten Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit der Krankenkasse verarbeiten dürfen.
- meine personenbezogenen Daten zur Erfassung und Verwendung aus der besonderen Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen zum Zweck der Evaluation, der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung durch meine Krankenkasse 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.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Erfolgt die Einwilligung nicht, ist eine Teilnahme an dem Vertrag nicht möglich.
- Empfänger meiner Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von meiner Krankenkasse beauftragte Dienstleister sein können.
- meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der §§ 140a, 284 SGB V sowie § 80 SGB X verarbeitet werden (inklusive u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Dies betrifft folgende Datenkategorien:

- 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 von Vertragspartnern (inklusive u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

### Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

<https://bremen.aok.de/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-und-zu-ihren-rechten-7/>

Meine Einwilligung kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung endet die Vertragsteilnahme. Meinen Widerruf kann ich richten an: AOK Bremen/Bremerhaven, Team Versorgungsprogramme, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen.

- **Ja, ich stimme der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag zu.**
- **Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung teilnehmen und habe eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung erhalten. Zudem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.**
- **Ja, ich habe die datenschutzrechtliche Versicherteninformation (Anlage 7) erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift d. Patientin oder d. gesetzl. Vertreters