



Anlage F

Teilnahme- und Datenschutzerklärung

zum Vertrag über die besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung eines Versorgungsprogramms bei psychischen Erkrankungen

Vertragskennzeichen: 12072400072

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

Die mkk bietet Ihnen mit dieser exklusiven Versorgung durch die Anbieter ambulanter, tagesklinischer und stationärer Leistungskomponenten ein besonderes Behandlungsmodell.

Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist Voraussetzung, dass Sie bei der mkk versichert sind.

1. Hiermit erkläre ich, dass

- ich umfassend über die Inhalte und Ziele dieses Versorgungsprogramms aufgeklärt wurde.
- mir ein Exemplar der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung ausgehändigt wurde und
- die von mir unterschriebene Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung an die mkk bzw. an die IVM plus GmbH übermittelt werden darf.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme am Versorgungsprogramm nur bei teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen kann.
- die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Meine Teilnahme an dem Versorgungsprogramm ist zeitlich gebunden und kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt/Therapeuten-Patienten-Verhältnis) beendet werden. Während meiner Teilnahme bin ich für diese Behandlung an den von mir gewählten Arzt/Therapeuten gebunden. Meine 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.
- auch eine einmalige Gesprächsteilnahme (Aufnahmegespräch, Beratungsgespräch, Probatorische Sitzung, oder Online-Videosprechstunde) Bestandteil dieses Vertrages ist.

2. Widerrufsrecht

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der mkk ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Widerrufserklärung an die mkk. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift. Sofern ich der Teilnahme an der besonderen Versorgung wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus dieser besonderen Versorgung. Die Teilnahme endet nach Abschluss der Versorgung. Darüber hinaus endet meine Teilnahme automatisch, sollte ich zu einem Kostenträger wechseln, der nicht an der benannten Versorgung teilnimmt sowie mit dem Ende des Leistungsanspruchs gegenüber der mkk.

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung teilnehmen. Zudem bestätige ich die oben genannten Teilnahmevoraussetzungen.

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <u>I</u> | <u>I</u> | <u>M</u> | <u>M</u> | <u>J</u> | <u>J</u> | <u>J</u> | <u>J</u> |

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/ Bevollmächtigten

Telefonnummer

Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Therapie- und/oder Rehabilitationseinrichtungen) Befunde, Arztberichte und sonstige Behandlungsdaten sowohl von den mitbehandelnden Haus- oder Fachärzten unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses anfordern als auch an diese, sofern diese im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, weitergegeben werden dürfen.
- die Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag und Diagnosen nach ICD 10 sowie zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und des Vertragscontrollings zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister/Managementgesellschaft IVM plus GmbH weitergegeben werden dürfen.
- meine personenbezogenen Daten aus der besonderen Versorgung zum Zweck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die mkk oder einer von ihr beauftragten Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Hierbei werden die bezüglich Datenschutz und Datensicherheit geltenden Vorschriften entsprechend Artikel 32 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 1, Absatz 2 DSGVO beachtet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der mkk widerrufen kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich stimme der beschriebenen Datenerhebung, der Datenverarbeitung und der Datennutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zu. Die Patienteninformation zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten/Bevollmächtigten

Stempel/ Unterschrift Arzt/ Therapeut

Patienteninformation nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung

2016/679 (DSGVO)

Im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Artikel 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Vertrag über die besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung eines Versorgungsprogramms bei psychischen Erkrankungen treffen können.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die mkk.

Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des obengenannten Vertrags erhoben werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5 SGB V, § 284 SGB V und § 295a SGB V.

Auf welcher gesetzlichen Grundlage werden die Daten verarbeitet?

Die Teilnahme am Vertrag über die besondere Versorgung zur Umsetzung eines Versorgungsprogramms bei psychischen Erkrankungen ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. Die Verarbeitung der Daten basiert auf Ihrer Einwilligung. Das heißt Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme am Versorgungsprogramm nicht (mehr) möglich ist.

Welche Daten werden erhoben?

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist die Bereitstellung Ihrer Daten durch Sie unbedingt notwendig. Im Rahmen der besonderen Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von Ihnen erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

An wen werden die Daten übermittelt?

Die Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und uns als Krankenkasse zur Verfügung. Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Krankenkassen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt er die Daten zur erbrachten Leistung an die zur Abrechnung beauftragte Mangamentgesellschaft IVM plus GmbH. Die IVM plus GmbH überprüft die Daten auf Richtigkeit.

Die an der besonderen Versorgung beteiligten Ärzte/Therapeuten sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der besonderen Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf Ihr behandelnder Arzt medizinische Informationen zu Ihrer Person aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit Ihrer Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung. Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet. Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Versorgungsprogramm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

Wann werden die Daten gelöscht?

Die gespeicherten Daten werden regelmäßig nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben zehn Jahre aufbewahrt werden und werden erst nach Ablauf dieser zehn Jahre endgültig gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und Sie haben das Recht Widerspruch gegen die Verarbeitung der genannten Daten einzulegen (Art. 21 DSGVO).

Was passiert, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen?

Sie haben das Recht, die Einwilligung 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, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der mkk zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Bei welcher Datenschutz-Aufsicht kann ich mich im Bedarfsfall beschweren?

Krankenkasse:

| Verantwortliche Stelle | Datenschutz | Datenschutzaufsichtsbehörde |
|---|--|---|
| mkk–meine krankenkasse Lindenstraße 67 10969 Berlin <u>Allgemein:</u> Telefon: 0800 165 66 16* * kostenfrei innerhalb Deutschlands E-Mail: info@meine-krankenkasse.de | mkk–meine krankenkasse Datenschutzbeauftragter Lindenstraße 67 10969 Berlin E-Mail: Datenschutz@meine-krankenkasse.de Internet: www.meine-krankenkasse.de/datenschutz | Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153 53117 Bonn Telefon: 0228 997799-0 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de www.bfdi.bund.de |

Abrechnungsdienstleister:

| Verantwortliche Stelle | Datenschutz | Datenschutzaufsichtsbehörde |
|---|---|--|
| IVM plus GmbH Intelligent Vernetzte Medizin Edmund – von – Lippmann-Str. 13-15 06112 Halle (Saale) Tel.: 0345 27 95 05 29 E-Mail: info@ivmplus.de | IVM plus GmbH Intelligent Vernetzte Medizin Edmund – von – Lippmann-Str. 13-15 06112 Halle (Saale) Tel.: 0345 27 95 05 26 E-Mail: swetlana.dronow@ivmplus.de | Datenschutz Sachsen-Anhalt Geschäftsstelle und Besucheradresse: Otto-von-Guericke-Straße 34a, 39104 Magdeburg Telefon: 0391 81803-0 E-Mail: poststelle(at)lfd.sachsen-anhalt.de |