

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

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven

Versand an:  
AOK Bremen/Bremerhaven  
Team Ärztliche Leistungen  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
oder versorgung@hb.aok.de



Vertragskennzeichen: 12000100205

Tel.-Nr. (Angabe freiwillig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Einschreibung

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name der einschreibenden Einrichtung:

Institutionskennzeichen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

#### I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen.

#### II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages umfassend informiert und stimme dieser zu.

(Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich stimme zu, dass die AOK Bremen/Bremerhaven mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Bremen/Bremerhaven beauftragten Dienstleister erfolgen.

(Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

\* Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

<input type="text"/>
----------------------

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

#### Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrages gemäß § 140a SGB V erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift und Stempel Arzt

# Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

## Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie am oben genannten Vertrag teilnehmen möchten. Hierzu möchten wir Sie nun näher über Ihre Teilnahme informieren.

### I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung beim behandelnden Arzt.
- **Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Bremen/Bremerhaven widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Bremen/Bremerhaven, Team Ärztliche Leistungen, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder über mein Postfach in der Online-Geschäftsstelle. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- Die Einschreibung kann nur bei einem Arzt erfolgen.
- Die Behandlung nach diesem Vertrag kann nur bei teilnehmenden Vertragsärzten durchgeführt werden.
- Bei Nichtausübung des Widerrufsrechtes können Sie Ihre Teilnahme jederzeit durch formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Bremen/Bremerhaven. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK Bremen/Bremerhaven liegt, ist dieser Termin maßgebend.

**Ihre Teilnahme endet ferner:**

- wenn die Behandlung abgeschlossen ist,
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK Bremen/Bremerhaven,
- bei Beendigung dieses Vertrages.

### II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Arzt an die AOK Bremen/Bremerhaven weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinischen Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und den Kooperationspartnern ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.
- die AOK Bremen/Bremerhaven vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK Bremen/Bremerhaven bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragsarzt und/oder weitere Vertragspartner darüber informiert.

**Was passiert bei der Evaluation?**

- Ärzte und Wissenschaftler, die an der Entwicklung dieses Programms beteiligt sind, möchten eine wissenschaftliche Auswertung durchführen - die Evaluation.
- Bei Ihrer Behandlung werden von den beteiligten Leistungserbringern Daten erhoben, die auch für die Evaluation benötigt werden. Hierfür sind unter anderem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht) und zum medizinischen Verlauf der Erkrankung (z. B. Notfälle) notwendig.
- Für die Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages und die Einwilligungen zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“ der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. **Der Widerruf ist zu richten an die AOK Bremen/Bremerhaven, Team Ärztliche Leistungen, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen oder über mein Postfach in der Online-Geschäftsstelle zu versenden.**

Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf der Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass meine Teilnahme am Vertrag endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“, der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

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

<http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte>

**Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.**