

Vertrag nach § 140a SGB V zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen



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 Niedersachsen

Versand an:
AOK Niedersachsen
Die Gesundheitskasse
30142 Hannover



Vertragskennzeichen: 12000100205

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

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Niedersachsen teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Niedersachsen informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen 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. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des Vertrages für Versicherte der AOK Niedersachsen umfassend informiert und stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die AOK Niedersachsen 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 Niedersachsen 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.

III. Einwilligungserklärung zur allgemeinen Datennutzung

- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

* Diese Einwilligungen kann ich verweigern oder 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

--

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
