

Vertrag zur besonderen Versorgung von Versicherten mit Gestationsdiabetes

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten zur besonderen Versorgung bei Gestationsdiabetes nach § 140a SGB V

Vertragskennzeichen:
Ersatzkassen: 121832VE002, KNAPPSCHAFT:
12083600032, BKK Landesverband Mitte:
12083400149

Formular verbleibt in den Praxisunterlagen

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung von Versicherten mit Gestationsdiabetes teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden.
- Ich wurde über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Die Information über meine Teilnahme wird an meine Krankenkasse übermittelt.
- Ich erkläre, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung in der mir ausgehändigten Versicherteninformation gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Ich wurde informiert darüber, dass

- mit dem Ablauf des Tages der postpartalen Kontrolluntersuchung und/oder mit Ablauf von 12 Wochen nach der Geburt die Teilnahme am Versorgungsangebot endet. Die Inhalte des Versorgungsangebotes wurden mir benannt. Ich hatte Gelegenheit meinem u. g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden.

- durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen.
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich zur Behandlung meiner Erkrankung nur die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Anspruch nehme.
- im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist.
- ich das Recht habe, jederzeit die dokumentierten Daten für mich einzusehen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei der oben genannten Krankenkasse ein gültiges Versicherungsverhältnis habe und ich meinen Mitwirkungspflichten nachkomme, da mir sonst Leistungen ganz oder teilweise versagt werden können.

So können Sie teilnehmen

- Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und endet automatisch nach erfolgter Abschlussuntersuchung nach der Entbindung.
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.

Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGBV informiert worden bin.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (MD) übermittelt werden.

- Die in der Versicherteninformation dargestellten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten, verstanden und zur Kenntnis genommen.
- Mir ist bekannt, dass ich die freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt. Mir ist bekannt, dass die Erhebung und Verarbeitung meiner patientenbezogenen Daten Voraussetzung meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung sind.

Belehrung über das Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform, zur Niederschrift oder elektronisch bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre Krankenkasse.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Versicherte

Unterschrift, Stempel Arzt

Versicherteninformation zum Versorgungsangebot für Gestationsdiabetikerinnen gemäß § 140a SGB V

Die beteiligten Krankenkassen haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) einen Vertrag nach § 140a SGB V über die besondere Versorgung auf dem Gebiet Diabetologie für Gestationsdiabetikerinnen abgeschlossen.

Programminhalte

Mit dieser besonderen Versorgung erhalten Versicherte mit Gestationsdiabetes eine bedarfsorientierte wohnortnahe Versorgung durch diabetologisch verantwortliche Ärzte mit der Anerkennung der KVBB als Diabetologische Schwerpunktpraxis.

Das Behandlungsangebot richtet sich an Versicherte, bei denen während der Schwangerschaft eine Diabeteserkrankung (Gestationsdiabetes mellitus) erkannt wird. Ziel ist es, Schäden für Mutter und Kind zu vermeiden.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Diese Erklärung verbleibt in der Arztpraxis und wird archiviert.

Widerrufsrecht

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse oder elektronisch widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung und endet spätestens mit der Untersuchung durch den diabetologisch verantwortlichen Arzt nach der Entbindung und/oder mit Ablauf von 12 Wochen nach der Geburt. Eine Kündigung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Wenn Sie ihre Teilnahme aus wichtigem Grund beenden möchten, schicken Sie bitte Ihre Erklärung schriftlich, elektronisch (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift an die Krankenkasse zu.

Therapeutenbindung

Der gesamte Behandlungsablauf wird durch den diabetologisch verantwortlichen Arzt gesteuert und umgesetzt, daher sind Sie als Versicherte während dieser gesamten Maßnahme an die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte gebunden. Bei nicht abgestimmter Inanspruchnahme weiterer Ärzte für die Behandlung der Diabeteserkrankung können Sie von der weiteren Teilnahme an der besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Hiervon ausgenommen sind Notfälle.

Mitwirkungspflicht

Für den Erfolg dieser Behandlung ist eine aktive Mitwirkung durch Sie wichtig. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung ärztlichen Rates Ihres Diabetologen. Bei wiederholter fehlender Bereitschaft zur Mitwirkung können Ihnen Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung ganz oder teilweise versagt werden. Wenn Sie trotz wiederholter Aufforderung durch die Krankenkasse den oben genannten Mitwirkungspflichten weiterhin nicht nachkommen, besteht für Ihre Krankenkasse die Möglichkeit, Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung zu beenden.

Erforderliche Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DS-GVO

Im Folgenden informieren wir Sie über Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Vereinbarung zur besonderen Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM).

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

1. Teilnahmeerklärung Versicherte

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung verbleibt in der Arztpraxis und wird archiviert.

2. Abrechnung

Damit Ihr gewählter diabetologisch besonders qualifizierter Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Arzt gem. § 295a SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei nach § 295 SGB V, die sie Ihrer Krankenkasse verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung. Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, ggf. überweisender Arzt, Behandlungstag, Abrechnungsnummer und Wert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

3. Wie werden meine Leistungs- und Abrechnungsdaten bei meiner Krankenkasse verarbeitet?

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten wie bei jedem anderen Patienten nach den Grundsätzen der §§ 295, 295a SGB V behandelt und auf Grundlage von § 284 Abs. 1 Ziff. 13 SGB V verarbeitet.

4. Wer ist der Empfänger meiner Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Verwenden). Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt auf Basis Ihrer freiwilligen Einwilligung.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den/die nachfolgend aufgeführten Datenschutzbeauftragten der teilnehmenden Krankenkassen als Verantwortliche:

- Ersatzkassen:
 - Techniker Krankenkasse: Datenschutzbeauftragter, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; E-Mail: datenschutz@tk.de
 - BARMER Datenschutzbeauftragte, Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal, E-Mail: datenschutz@barmer.de
 - DAK-Gesundheit - Beauftragte für den Datenschutz, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg, E-Mail: datenschutz@dak.de
 - KKH Kaufmännische Krankenkasse, Beauftragter für den Datenschutz, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@kkh.de
 - hkk - Datenschutzbeauftragter, Martinistraße 26, 28195 Bremen, E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de
 - HEK-Hanseatische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg; E-Mail: datenschutz@hek.de
- KNAPPSCHAFT, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Beauftragter für Datenschutz, Verwaltungsgebäude Trimontepark 2/3, Wasserstr. 215, 44799 Bochum, E-Mail: datenschutz@kbs.de, Tel.: 02304-304-0
- Betriebskrankenkassen: Datenschutzbeauftragte/n des BKK Landesverbandes Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie einzelne BKK`n und deren Datenschutzbeauftragte/n unter www.bkk-mitte.de/selektiv
- Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, Datenschutzbeauftragter, Keithstraße 9/11, 10787 Berlin, E-Mail: datenschutz@ikkbb.de
- Für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau SVLFG Die Datenschutzbeauftragte, Weißensteinstr. 70 - 72 34131 Kassel Tel.: 0561 785-0

II. Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsangebot erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsangebot.

1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 5 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

2. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für die Betroffene das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

- Für Mitgliedskassen des vdek (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK): Bundesbeauftragte/r für Datenschutz und Informationsfreiheit: Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de Telefon: 0228-997799-0
- Für die Knappschaft – Bundesbeauftragte/r für Datenschutz und Informationsfreiheit: Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de Telefon: 0228-997799-0
- Für die Betriebskrankenkassen: Datenschutzbeauftragte/n des BKK Landesverbandes Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie einzelne BKKn und deren Datenschutzbeauftragte/n unter www.bkkmitte.de/selektiv
- Für die IKK: Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Recht auf Akteneinsicht, Stahnsdorfer Damm 77, Haus 2, 14532 Kleinmachnow, E-Mail: poststelle@LDA.Brandenburg.de
- Für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau: Bundesbeauftragte/r für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Graurheindorfer Straße 153 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de Telefon: 0228-997799-0