

**Anlage 2**  
zur Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup> zwischen der KVBB und der BARMER

**BARMER**



**KVBB**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

**Teilnahmeerklärung und  
Einwilligung  
zur Datenverarbeitung  
im Rahmen von  
agnes<sup>zwei</sup>**

Bitte schicken Sie das Original an:  
BARMER  
Scanzentrum  
73520 Schwäbisch Gmünd

Vertragskennzeichen:  
121A12AE102

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

**Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V zwischen BARMER und KV Brandenburg (agnes<sup>zwei</sup>)**

- Ersteinweisung       Arztwechsel aus wichtigen Gründen       Arztwechsel wegen Umzug

Name, Vorname des einschreibenden Arztes:

LANR:

**Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung agnes<sup>zwei</sup> nach § 140a SGB V**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebotes, den Behandlungsablauf sowie die teilnehmenden Vertragsärzte wurde ich von dem behandelnden Vertragsarzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:  
Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung. Die Teilnahme endet, sobald eine dem Versorgungsauftrag entsprechende Betreuung nicht mehr notwendig ist, spätestens nach Ablauf von 8 Quartalen seit der Einschreibung. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem medizinischen Einzelfall. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird. Während der Behandlung kann ich meine Teilnahme jederzeit schriftlich kündigen. Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die teilnehmenden Vertragsärzte zur Durchführung der Leistungen dieser Versorgung gebunden. Andere Vertragsärzte kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen (außer im Notfall oder im ärztlichen Bereitschaftsdienst). Verstoße ich gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die BARMER, dies zu unterlassen, kann die BARMER meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die BARMER mir die Kosten auferlegen, die der BARMER durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

**Widerrufsbelehrung**

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

**Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen

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

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

**Nur vom Arzt auszufüllen**

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten bzw. den gesetzlichen Vertreter über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

T T M M J J J J

Stempel des Arztes

Unterschrift

**Einverständniserklärung zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung**

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Befund- und Behandlungsdaten zu Zwecken der Prüfung der Wirksamkeit, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Behandlung und medizinischen Versorgung in anonymisierter Form unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen. Meine Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich gegenüber der BARMER widerrufen. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung agnes<sup>zwei</sup> bleibt von dem Widerruf unberührt und ist weiter möglich.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter