

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

**TEILNAHMEERKLÄRUNG UND
EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENVERARBEITUNG**

**Besondere Versorgung zur Früherkennung
und Risikofeststellung von familiär
bedingtem Brust- und Eierstockkrebs
(FBREK-Vertrag ab 01.01.2025)
Vertragskennzeichen: 121982VE007**

Ich möchte an der Früherkennung und Risikofeststellung von familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs teilnehmen und erkläre hiermit, dass ich

- gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte,
- bei der IKK classic, der IKK gesund plus oder der IKK Südwest versichert bin,
- über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt wurde,
- die mir ausgehändigte „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ gelesen, verstanden habe und damit einverstanden bin,
- Gelegenheit hatte meinem u. g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden und
- unverzüglich meine Krankenkasse informiere, wenn sich Änderungen zu meinen Angaben wie beispielsweise Wohnortwechsel ergeben.

Ich wurde informiert darüber, dass

- die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung freiwillig ist, mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung beginnt und für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen,
- ich innerhalb von 14 Tagen nach Abgabe diese Erklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift ohne Angabe von Gründen widerrufen kann und im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist,
- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und das Behandlungsende im Informationsblatt zum Versorgungsangebot näher erläutert wird,
- eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme nur aus wichtigem Grund erfolgen kann, z. B. bei Wohnortwechsel oder gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis,
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Therapieeinrichtungen) in Anspruch nehme und
- bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung die Teilnahme an der besonderen Versorgung beendet werden kann (gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall)

Mir ist bewusst, dass ich

- jederzeit das Recht habe, die dokumentierten Daten für mich einzusehen,
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden, soweit diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag und
- die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.

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 SGB V informiert worden bin.
- Ich bin damit einverstanden, dass sich die beteiligten Leistungserbringer am FBREK-Vertrag mit meinem u. g. behandelnden Arzt über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen dieser besonderen Versorgung austauschen. Hierfür entbinde ich den von mir aufgesuchten Arzt von seiner Schweigepflicht.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (z. B. Medizinischer Dienst – MD) übermittelt werden.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift 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.

Bestätigung des teilnehmenden Arztes

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters