

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 PLUS zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit Risikofeststellung auf familiäre Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörige (FBREK) gemäß § 140a SGB V



Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz

V80A

Ersteinschreibung

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung über die Risikofeststellung, die interdisziplinäre Beratung, die Gendiagnostik, das Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm (IFNP) einschließlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Information über die Maßnahmen für Patientinnen mit familiärer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörigen (FBREK) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Programm gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes FBREK in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter Pkt. II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung FBREK ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung FBREK nach § 140a SGB V teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung FBREK nach § 140a SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten)

Bestätigung des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsmanagementprogramm FBREK erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift

 Stempel FBREK-Zentrum

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung:

Das Ziel dieses interdisziplinären Programms der besonderen Versorgung ist die Sicherstellung einer engmaschigen Früherkennung und Versorgung von Patientinnen/Patienten, die von einem genetisch bedingt hohen Risiko betroffen sind, an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken. Neben der Feststellung des tatsächlichen Erkrankungsrisikos wird eine Verbesserung des Krankheitsverlaufes durch eine frühzeitige Diagnostik und eine Senkung der Erkrankungsraten angestrebt. Die aus der Diagnostik gewonnenen Erkenntnisse werden, soweit möglich, zeitnah und sektorenübergreifend in das klinische Versorgungskonzept integriert. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (<http://www.konsortium-familiärer-brustkrebs.de/>).

Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung FBREK in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme am FBREK eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 15. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. das Versorgungsprogramm FBREK eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages FBREK ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages zum besonderen Versorgungsprogramm FBREK bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. den vertraglichen Bestimmungen des FBREK sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem FBREK-Zentrum obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des Versorgungsprogramms gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt. Ich keine weiteren Leistungen, die Gegenstand dieses besonderen Versorgungsprogrammes FBREK sind, nach §§ 116 b SGB V (ambulante Behandlung am Krankenhaus) und § 117 SGB V (Hochschulambulanzvertrag) in Anspruch nehmen darf.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung) beginnt.
7. ich mich mit meiner Teilnahme für jeweils für einen Kalendermonat an die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer binde. Eine Kündigung ist jederzeit unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist gegenüber einem der behandelnden Ärzte, gegenüber dem FBREK-Zentrum oder meiner Krankenkasse möglich. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich meine Teilnahme jeweils um einen Monat. Meine Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden.
8. meine Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS bzw. dem Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht an diesem besonderen Versorgungsprogramm teilnimmt.
 - an dem Tag, an dem die Besondere Versorgung abgeschlossen ist, spätestens jedoch
 - wenn ich mit gegen die Durchführung einer Genanalyse entscheide,
 - wenn ich mangelnde Mitwirkung zeige und über einen Zeitraum von mehr als 24 Monate, insbesondere mehrmals Präventionstermine versäume
 - bei Vorliegen der folgenden Ausschlusskriterien:
 - nicht-informativer Befund bei der Genanalyse und Ausschluss einer Hochrisikosituation,
 - wenn das individuelle Brustkrebsrisiko mit zunehmendem Lebensalter deutlich gesunken ist und daher in die allgemeine Brustkrebsfrüherkennung übergegangen werden kann,
 - beidseitige therapeutische und vorbeugende Entfernung der Brustdrüsen (Mastektomie) und
 - systematische Metastasierung, unabhängig davon, ob es sich um Metastasen eines Mammakarzinoms oder eines Ovarialkarzinoms handelt.
 - mit dem Ende des besonderen Versorgungsprogramms FBREK.
9. meine Patientendaten in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner FBREK-Zentrum verwendet werden.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag FBREK:

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des besonderen Versorgungsprogramms FBREK ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) im FBREK-Zentrum wird und ein elektronisches Teilnehmerverzeichnis an die AOK PLUS übersendet wird oder die TE/EWE bei der AOK PLUS aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum sowie den Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch das FBREK-Zentrum vernichtet wird.
3. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen des Versorgungsprogramms FBREK behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält, welche das FBREK-Zentrum übermittelt.
6. Sofern das FBREK-Zentrum einen Kooperationsvertrag gemäß des Versorgungsprogrammes zur Erbringung von Teilleistungen mit einem externen Kooperationspartner geschlossen hat, rechnet das Kooperationszentrum seine Leistungen direkt mit dem FBREK-Zentrum ab. Im Rahmen dieser Leistungsabrechnung erhalten die Kooperationspartner Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug.
7. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm erhobenen Daten gegebenenfalls in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Versorgungsprogramm FBREK verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

III. Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.