

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Teilnahmeerklärung Versicherter

Zum Verbleib in der Arztpraxis.
Auf Verlangen der SBK auszuhändigen.

Erklärung zur Teilnahme an dem ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahren nach § 140a SGB V der Siemens-Betriebskrankenkasse (nachfolgend SBK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (nachfolgend KVB)

Vertragskennzeichen 12071400278

Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift

- dass ich bei der SBK versichert bin
- meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Hautkrebsvorsorge“
- dass ich über die Inhalte des Versorgungsangebotes, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, die Teilnahmevoraussetzungen und die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ausführlich informiert wurde und dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung zu klären.
- dass ich die **Patienteninformation** zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung (siehe Anlage) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Widerrufsfrist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, mit Wirkung für die Zukunft, **außerordentlich gekündigt** werden. Dabei ist das Datum auf der Kündigung maßgebend. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung der Teilnahme kann vorliegen, wenn z. B. das Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden, das Vertrauensverhältnis zum teilnehmenden Leistungserbringer gestört oder der Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung zu erreichen ist oder aus anderem, vergleichbar wichtigen Grund. Die Kündigung ist in schriftlicher oder elektronischer Form an die SBK zu senden bzw. kann zur Niederschrift in einer SBK Geschäftsstelle erfolgen.
- ich die Teilnahme an der Besonderen Versorgung innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe **widerrufen** kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf ist in schriftlicher oder elektronischer Form an die SBK zu senden bzw. kann zur Niederschrift in einer SBK Geschäftsstelle erfolgen und bedarf keiner Begründung.
- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung, für die Dauer der Besonderen Versorgung (Erläuterung zur Dauer finden Sie in der **Patienteninformation**), nur bei einem der vertraglich gebundenen Leistungserbringer und die Leistungsanspruchnahme nur in dem dafür vorgesehenen Intervall von allen zwei Jahren möglich ist. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme bzw. der Inanspruchnahme von nicht teilnehmenden Leistungserbringern, habe ich die Mehrkosten selbst zu tragen, die ggf. hierdurch entstehen. Eine unberechtigte Inanspruchnahme liegt nicht in Notfällen vor, z.B., wenn ich keinen teilnehmenden Arzt erreichen kann, jedoch dringend ärztlich behandelt werden muss. Für die ärztliche Behandlung meiner sonstigen Erkrankungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich unverändert Ärzte nach meiner freien Wahl in Anspruch nehmen.
- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung automatisch endet,
 - mit Beendigung des Vertrages.
 - Mit Vollendung des 35. Lebensjahres (d.h. mit Ablauf des Tages vor dem 35. Geburtstag)
 - mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Leistungserbringer bzw. nicht am Vertrag teilnehmenden Arztes,
 - mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach §19 Abs. 2 oder 3 SGB V
- zur Qualitätsverbesserung dieser Besonderen Versorgung, nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlicher Vertreter
für die Erklärung zur Teilnahme

**Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen und
Schweigepflichtentbindungserklärung gem. §§140a Abs. 5, 284SGB V, § 67ff SGB X bzw. Art. 7
DSGVO**

- Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten **Patienteninformation** entnommen.
- Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der **Patienteninformation** erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.
- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsmodells insbesondere über meine Rechte und Pflichten ausführlich informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen im Rahmen der Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung zu klären.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen und erfassten Daten (diese finden Sie in der **Patienteninformation**) zum Zwecke der Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns an die SBK übermittelt werden dürfen.
- Der beteiligte Leistungserbringer darf meine **Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung** an die SBK übermitteln.
- Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.
- Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

Widerrufsrechtsbelehrung

Meine Teilnahme ist freiwillig und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form oder zur Niederschrift gegenüber der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SBK. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Mir wurden die Patienteninformationen zur Teilnahme und zum Datenschutz ausgehändigt, in der u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen. Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur Besonderen Versorgung bin ich einverstanden.

Mein Einverständnis zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann jederzeit, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen, widerrufen werden. Meine Einwilligung zu dieser Verwendung meiner Daten kann ich jederzeit durch formlose Erklärung, z.B. per Telefon, Fax, E-Mail oder Brief, gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, sondern ich werde als Versicherter weiterhin so gut betreut wie zuvor. Lediglich die weitere Teilnahme an diesem Programm ist dann nicht mehr möglich. Im Falle eines Widerrufs werden alle meine bis dahin im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen Daten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt.

Datum

Unterschrift Versicherter / gesetzlicher Vertreter
für die Erklärung zum Datenschutz / Schweigepflichtentbindung

Nur vom Arzt auszufüllen

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

Datum

Stempel des Arztes, Unterschrift und LANR

Patienteninformation zur Teilnahme an dem ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahren nach § 140a SGB V der Siemens-Betriebskrankenkasse (nachfolgend SBK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (nachfolgend KVB)

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot zur besonderen Versorgung „Hautkrebsvorsorge“ interessieren.

Mit diesem Angebot möchten die SBK, die KVB und die teilnehmenden Leistungserbringer die Qualität der Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen durch eine frühere, bessere und sichere Diagnose pathologischer Hautveränderungen verbessern und so schwerwiegende Erkrankungen verhindern.

1. Ziel und Inhalt der besonderen Versorgung:

Die vertragsschließenden Parteien verfolgen mit diesem Vertrag die Ziele Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen, den Informationsstand einzelner teilnehmender Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung der Haut, bei medizinischer Notwendigkeit inkl. Auflichtmikroskopie, durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebskrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

2. Information zur Teilnahme:

Teilnehmen können alle SBK-Versicherten unter 35 Jahren, die für die Behandlungen nach dem Vertrag geeignet sind.

Die Teilnahme des Versicherten ist auf eine Hautkrebsvorsorge-Untersuchung im Abstand von allen zwei Kalenderjahren beschränkt. Die Teilnahme ist für Versicherte kostenlos, wenn Sie bei einem dem Vertrag beigetretenen Dermatologen durchgeführt wird. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme bzw. der Inanspruchnahme von nicht teilnehmenden Leistungserbringern, habe ich die Mehrkosten selbst zu tragen, die ggf. hierdurch entstehen. Eine unberechtigte Inanspruchnahme liegt nicht in Notfällen vor, z.B., wenn ich keinen teilnehmenden Arzt erreichen kann, jedoch dringend ärztlich behandelt werden muss. Für die ärztliche Behandlung meiner sonstigen Erkrankungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich unverändert Ärzte nach meiner freien Wahl in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnen der **Teilnahmeerklärung**. Diese können Sie zwei Wochen nach Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form oder zur Niederschrift bei der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ihre Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung verbleibt im Original beim teilnehmenden Leistungserbringer. Auf Verlangen der SBK hat der Leistungserbringer die Teilnahmeerklärung zu Prüfungszwecken an die SBK zu übermitteln. Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der SBK) erhält der teilnehmende Leistungserbringer durch die SBK eine Mitteilung.

3. Beginn und Ende der Teilnahme:

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Beendet wird die Teilnahme an dem Vertrag automatisch

- mit Vollendung des 35. Lebensjahres (d.h. mit Ablauf des Tages vor dem 35. Geburtstag)
- mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Leistungserbringer bzw. nicht am Vertrag teilnehmenden Arztes,
- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der SBK,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs.2 oder 3 SGB V,
- mit dem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gegenüber der SBK
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung in die Datenverwendung zur Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung
- bei außerordentlicher Kündigung der Teilnahme an dem Vertrag bei Wohnortwechsel des Versicherten, gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis oder aus einem vergleichbaren wichtigen Grund
- mit dem Ende des Vertrages

4. Datenverarbeitung:

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gemäß §140a Abs. 5 SGB V, §284 SGB V §67ff SGB X bzw. Art. 7 DGSVO gewahrt.

Welche Daten werden erhoben?

Mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass folgende Daten erhoben und verarbeitet werden:

- a) Personenbezogene Daten

- Daten der Krankenversichertenkarte (Name, Vorname, Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse), Datum der Einschreibung, Geschlecht
- b) Gesundheitsrelevante Daten
 - ICD-10-GM-Codierung (Diagnosen), Datum der Behandlung
- c) Abrechnungsrelevante Daten
 - Nummer der abzurechnenden Pauschale, Wert der Pauschale in EUR, Gesamtrechnungsbetrag, Datum der Leistungserbringung, Name und Arztnummer (LANR) des behandelnden Arztes (ggf. Institutionskennzeichen)
- d) Betreuungs- und Behandlungsdaten
 - Zum Beispiel Befunderhebungsdaten, Angaben der behandelnden Ärzte

Wer erhebt die Daten zu welchem Zweck?

Die Daten werden ausschließlich durch die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer sowie durch die SBK erhoben. Die Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation sowie Abrechnung und dienen dazu, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu sichern.

Wer erhält die Daten und warum?

Die SBK erhält nur Daten nach Buchstabe a, b und c, die nach dem Gesetz für die Abrechnung erforderlich sind. Mit dieser Einwilligung rechnet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns die Leistung nach dem zugrundeliegenden Vertrag zur „Hautkrebsvorsorge“ ab. Die Rechnungslegung der KVB an die SBK erfolgt auf Basis der im Gesamtvertrag und dessen Anlagen getroffenen Regelungen.

Die unterschriebene Teilnahmeerklärung wird auf Nachfrage der SBK durch Ihren behandelnden und am Vertrag teilnehmenden Arzt an die SBK weitergeleitet und dort bzw. beim Arzt mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Darüber hinaus wird im Datenbestand der SBK ein Merkmal gespeichert, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.

Wie lange werden meine Daten aufbewahrt?

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der SBK regelmäßig 10 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der SBK gibt es auf www.sbk.org. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: **Siemens-Betriebskrankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Heimeranstraße 31, 80339 München** oder per E-Mail kontaktieren: **datenschutz@sbk.org**

Befundübermittlung

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Betreuung und Behandlung erhobenen Daten (Buchstaben a, b und d) bei Einbeziehung/Überweisung an andere mitbetreuende Ärzte übermittelt werden. Im Einzelfall können Sie der Übermittlung dieser Daten widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

5. Folgen der Nichteinwilligung und Widerrufsmöglichkeit

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden. **Hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile, sondern Sie werden als Versicherter weiterhin so gut betreut wie zuvor. Lediglich die weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung „Hautkrebsvorsorge“ ist dann nicht mehr möglich.**

Patienteninformation nach Art. 13 EU Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der DS-GVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DS-GVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Unterscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme an dem ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahren nach § 140a SGB V der Siemens-Betriebskrankenkasse (nachfolgend SBK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (nachfolgend KVB) treffen können. Mehr zur Verarbeitung durch die SBK erfahren Sie auch unter www.sbk.org/Datenschutz.

1. Art. 13 Abs. 1 a) DS-GVO:
Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, Heimeranstraße 31, 80339 München
2. Art. 13 Abs. 1 b) DS-GVO:
Der Datenschutzbeauftragte der SBK ist unter der E-Mail-Adresse Datenschutz@sbk.org zu erreichen¹.
3. Art. 13 Abs. 1 c) DS-GVO:
Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des besonderen Versorgungsvertrages über die Durchführung des ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach § 140a SGB V der SBK und der KVB dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).
4. Art. 13 Abs. 1 e) DS-GVO:
Die Daten werden zwischen dem Arzt, dem beauftragten Dienstleister sowie der SBK ausgetauscht.
5. Art. 13 Abs. 2 a) DS-GVO:
Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag (z.B. durch Kündigung) bleiben die Daten noch solange gespeichert, wie es für die Abrechnung des Arztes erforderlich ist (i.d.R. 12 Monate nach Beendigung der Teilnahme) bzw. soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.
6. Art. 13 Abs. 2 b) DS-GVO:
Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO) oder Löschung (Art. 17 DS-GVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).
7. Art. 13 Abs. 2 c) DS-GVO:
Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der SBK zu erklären und bedarf keiner Begründung.
8. Art. 13 Abs. 2 d) DS-GVO:
Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO).
9. Art. 13 Abs. 2 e) DS-GVO:
Die Teilnahme am besonderen Versorgungsvertrag zum ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahren nach § 140a SGB V der ist freiwillig.
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.