

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



Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Bayern

Vertragsnummer:
12071511001

Per Mail: Info@big-direkt.de oder Fax: 0231/5557-199

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündigt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die BIG direkt gesund mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes für Innere Medizin.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der BIG direkt gesund informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei der BIG direkt gesund anfordern kann.

4. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Teilnahme

- Ich willige in (1.) die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten wird davon nicht berührt.
- Ja, ich möchte (2.) gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____ Datum

_____ Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

5. Einverständniserklärung zur Evaluation:

Ich bin damit einverstanden, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes patientenbezogene Daten erfasst, anonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Einverständniserklärung ist keine Voraussetzung zur Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.

_____ Datum

_____ Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Institutionskennzeichen (IK)

_____ Datum

_____ Unterschrift, Stempel

Vertragsnummer:
12071511001



Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Bayern; Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren.

Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge der Hypertonie können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der Gefäßschädigung (Angiopathie) und
- der chronischen Nierenkrankheit (Nephropathie)

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes. Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der BIG direkt gesund nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei der BIG direkt gesund anfordern.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die BIG direkt gesund Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündigen. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die BIG direkt gesund behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

Vertragsnummer:
12071511001

Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie; Datenschutzmerkblatt

Um Sie im Rahmen der besonderen Versorgung optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass die Ihre Person betreffenden medizinischen, personenbezogenen Daten (Kontaktdaten, Diagnose, Versichertennummer sowie Verlauf und Prognose Ihrer Erkrankung) zum Zwecke der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu Ihrer Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen allen an dieser besonderen Versorgung Beteiligten (teilnehmende Hausärzte und Fachärzte für Innere Medizin, Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern) untereinander übermittelt, verarbeitet und genutzt werden können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie nicht an dieser besonderen Versorgung teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Regelversorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen des Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrages. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die teilnehmenden Hausärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die Kassenärztliche Vereinigung Bayern und die BIG direkt gesund, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden. Die Datenverarbeitung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher) und der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen sowie Auskunft zu erhalten. Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dies hat jedoch zur Folge, dass Sie nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt.

1. Übermittlung von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die BIG direkt gesund die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, welche der teilnehmende Hausarzt bzw. Facharzt für Innere Medizin von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und gemäß § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V an die BIG direkt gesund weiterleitet.

2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten

Ihre mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) werden von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert. Ihre Daten können aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für Ihre konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die von Ihrem Behandler im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Behandlers. Die BIG direkt gesund hat keinen Zugriff auf die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten.

3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden von den teilnehmenden Hausärzten und Fachärzten für Innere Medizin nach § 295 SGB V in elektronischer Form an die Annahme- und Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern übersandt. Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern die korrekte Abrechnung und leitet diese an die BIG direkt gesund weiter

4. Speicherung und Löschung der Daten

Die BIG direkt gesund behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung, -löschung sowie -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Es werden nur Daten gespeichert, die für die Erfüllung im Rahmen der besonderen Versorgung erforderlich sind. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht dem Datenschutz und den datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form. Je nach Verarbeitungszweck gibt es für die Sozialdaten unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die in den §§ 110a SGB IV, 304 SGB V, 107 SGB XI und in den Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Daten gelöscht. Die Löschung erfolgt regelmäßig nach 6 Jahren, wenn die Daten für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine endgültige Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf der 10 Jahre.

5. Ansprechpartner und Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Identität des Verantwortlichen

BIG direkt gesund
Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund
Telefon 0231 / 55570; info@big-direkt.de

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter der BIG direkt gesund
Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund
datenschutz@big-direkt.de

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.big-direkt.de/de/datenschutz

Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Für die Datenverarbeitung im Rahmen der Versorgung/des Managements/der Organisation der besonderen Versorgung ist die Kassenärztliche Vereinigung Bayern verantwortlich.

Sollten Sie Fragen haben, steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung:
Datenschutzbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Vogelsgarten 6, 90402 Nürnberg
E-Mail: kvb-datenschutz@kvb.de

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde bei dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn poststelle@bfdi.bund.de poststelle@bfdi.de-mail.de