

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



Bitte per Fax senden an: 040 65696-1201

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

Ja, ich bin in der Personalkasse/Mitarbeiterkasse meiner Krankenkasse (z. B. als MitarbeiterIn) versichert.

Vertrag der HEK mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung und endet, wenn ich meinen Widerruf erkläre, der oben genannte Vertrag beendet wird, meine Behandlung abgeschlossen ist oder spätestens jedoch 1 Jahr nach der Einschreibung zur Teilnahme. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Leistungserbringer erbracht werden, die an dem Modell der besonderen Versorgung teilnehmen.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der HEK - Hanseatische Krankenkasse (Wandsbeker Zollstraße 86 – 90, 22041 Hamburg) ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die HEK mir diese Belehrung (Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung), über das Widerrufsrecht mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser besonderen Versorgung können nicht mehr in Anspruch genommen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

2. Datenfreigabeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V

Durch die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe jederzeit das Recht der Verarbeitung meiner Daten gegenüber der HEK mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, was mit einer Beendigung der Versorgung einhergeht. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierbei nicht. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenfreigabeerklärung nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

.....
Ort, Datum

bitte angeben: BSNR und LANR

.....
Unterschrift Arzt/Stempel der Praxis

Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertragskennzeichen: 171712HE002

Versicherteninformation

Wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge des Diabetes mellitus 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

Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

Gefäßschädigungen (Angiopathie):

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

Verfettung der Leber (Diabetesleber):

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

Nierenschäden (Nephropathie):

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

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 Ärzte 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 ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen, können Sie bei der HEK anfordern.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die HEK 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. Danach können Sie Ihre Teilnahme jederzeit 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 einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

2

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die HEK behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der HEK 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 Ärzten erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertragskennzeichen: 171712HE002

Datenschutzmerkblatt - Allgemeine Informationen zum Datenschutz

Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird durch den von Ihnen gewählten Arzt an die HEK gesandt. Durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten bzw. Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, die an der besonderen Versorgung teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme von anderen Leistungserbringern, kann die HEK Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der besonderen Versorgung, wenn Sie bei der HEK versichert sind. Mit der Teilnahme sind Sie zur Mitwirkung (beispielsweise medikamentöse Therapie) verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann die HEK die Beendigung der Teilnahme entscheiden.

Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Der Arzt hat gemäß § 295a Abs. 2 SGB V zur Abrechnung die Kassenärztliche Vereinigung Berlin als Dienstleistungsunternehmen beauftragt. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden verschlüsselt gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg über ein Rechenzentrum an den Verband der Ersatzkassen (vdek) gesendet. Der Verband übermittelt die Abrechnungsdaten an die HEK. Auf Grundlage dessen zahlt die HEK die Vergütung an den Leistungserbringer.

Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Vorname und Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Gesundheitskarte, Kassenkennzeichen
- Teilnahmedaten, Behandlungszeitraum, Behandlungsart, Diagnosen nach ICD 10 für jeden Behandlungstag mit Angabe des Datums, Unfallkennzeichen
- Gebührenposition mit Betrag, Zuzahlungsbetrag, Zuzahlungskennzeichen, Rechnungsbetrag

Weitere und allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der HEK finden Sie unter:
<https://www.hek.de/datenschutz/>

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für die HEK gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der HEK

Bei der HEK werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verb. mit § 140a Abs. 5 SGB V erhoben, verarbeitet und zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung in anonymisierter Form verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person vorgenommen werden.

Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

Ihre Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die Aktenvernichtung wird von der Firma REISSWOLF International AG durchgeführt. Die Firma Rhenus Data Office GmbH archiviert und vernichtet ebenfalls für die HEK Akten. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Information

Bei Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung wenden Sie sich an unser Team-Direkt, Tel.: 0800 0213213 (kostenfrei) oder an den Datenschutzbeauftragten der HEK.

Verantwortliche Stelle

HEK-Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: kontakt@hek.de

Datenschutzbeauftragter der HEK

HEK-Hanseatische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: datenschutz@hek.de

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO in Verb. mit § 81 SGB X besteht für Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Beschwerden richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in der Graurheindorfer Straße 153 in 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.