

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Durchführung einer ergänzenden Hautkrebsvorsorge zwischen der KV Bayern und der HEK - Hanseatischen Krankenkasse gemäß §73c SGB V

1. Teilnahmeerklärung für Hautkrebsvorsorge nach § 73c 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 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 Vorsorgeuntersuchung bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

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

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax) oder zur Niederschrift gegenüber der Hanseatischen 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 in Textform 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 Hautkrebsvorsorge nach § 73c 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 an der Hautkrebsvorsorge 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

.....
Unterschrift behandelnder Arzt / Stempel der Praxis

VKZ: 171712HE001

Stand: 04/2019