

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

## Anlage 5

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten

Tonsillotomievertrag

Die Teilnahmeerklärung wird an die nfu.services GmbH 030-65 66 77 89 gefaxt

### Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BAHN-BKK versichert bin.

**Ja, ich möchte die Leistungen des Tonsillotomievertrages meiner Krankenkasse nutzen, und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.**

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag „Tonsillotomie“ wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Das Ende der Versicherung bei der BAHN-BKK beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistung automatisch nach 6 Wochen ab Beginn der Teilnahme.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherten besteht bei Vorliegen besonderer Gründe, wie beispielsweise bei Vertragsverstößen innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses, bei einem Wohnortwechsel mit einer Entfernung von mehr als 50 km oder bei Praxisschließung des behandelnden Arztes.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V zur Tonsillotomie. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung habe ich erhalten. Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

### Belehrung über Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist in Textform oder zur Niederschrift bei der BAHN-BKK zu erklären. Zur Einhaltung der Frist, genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Machen Sie keinen Gebrauch von Ihrem Widerrufsrecht, sind Sie nach Ablauf der Frist an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

### Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige meine Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Stempel des Arztes

Unterschrift

## Ihr Einverständnis zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

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 Versicherteninformation (Anlage 11) erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Insoweit entbinde ich die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten an die BAHN-BKK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt hat sich als Leistungserbringer zu diesem Vertrag angemeldet. Er hat den Dienstleister „nfu.services GmbH“ mit der Abrechnung der Leistungen beauftragt.

Die BAHN-BKK darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Tonsillotomie“ ausgesprochen wird.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung über die nfu.services GmbH an die BAHN-BKK übermitteln.

In begründeten Einzelfällen kann die BAHN-BKK eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlassen. Hat die BAHN-BKK oder direkt der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei dem Arzt angefordert, ist der Arzt verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den MDK zu 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.

**Mein Einverständnis zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf beendet die Vertragsteilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung beziehungsweise eine Vertragsteilnahme kommt nicht zustande. Im Falle eines Widerrufs werden alle meine bis dahin erhobenen Daten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt.**

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

--

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Einverständniserklärung zum Datenschutz

### Einwilligung zur Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation:

Ich bin mit der folgenden Regelung einverstanden (Bitte ankreuzen):

Zum Zwecke einer Vertragsevaluation stimme ich einer wissenschaftlichen Auswertung zu.

**Mein Einverständnis zur wissenschaftlichen Evaluation kann jederzeit, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen, widerrufen werden. Ein Widerruf beendet nicht die Vertragsteilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Im Falle eines Widerrufs werden alle meine bis dahin erhobenen Daten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt.**

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter