

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)



für Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin

Vertragskennzeichen:
17172512001

per Fax an: 030/2199-1365

Kontakt:
Tel.: 030/2199 1341
Fax: 030/2199 1365
gesundheitsmm@ikkbb.de

Vertrag gemäß §73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter*,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, am Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie teilzunehmen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und lesen diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), die Erläuterungen sowie die Patienteninformationen zum Vertrag sorgfältig durch, bevor sie dieses Formular vollständig ausfüllen und unterschreiben. Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter u.g. Kontakt zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre IKK Brandenburg und Berlin

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem Vertrag zur Durchführung einer Tonsillotomie teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

II. Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie umfassend informiert.

Zu I. **Ja**, ich habe die **Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation** erhalten und möchte gemäß den dortigen Ausführungen an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Zu II. **Ja**, ich habe die **Erläuterungen zur Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung** erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Name, Vorname der Mutter / des Vaters bzw. des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie erfüllt sind und ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten bzw. den gesetzlichen Vertreter 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.

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte das heutige Datum eintragen

LANR

lebenslange Arztnummer

Unterschrift und Stempel des Arztes

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Dokument auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und ohne zusätzliche Kosten verbunden. Die Teilnahme an diesem Vertrag erklären Sie durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE).

Voraussetzungen für eine Teilnahme am Vertrag

- Sie sind bei der IKK Brandenburg und Berlin versichert.
- Sie haben das 2. Lebensjahr, aber noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet.
- Es liegt eine vom am Vertrag teilnehmenden Arzt bestätigte medizinische Indikation entsprechend des Vertrages zur Durchführung einer Tonsillotomie vor.

Wozu verpflichten Sie sich?

Mit Abgabe der unterschriebenen TE/EWE verpflichten Sie sich gegenüber der IKK Brandenburg und Berlin, dass

- Sie die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Sie mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte einverstanden sind.

Sie verpflichten sich ferner, Änderungen Ihres Versicherungsverhältnisses bzw. Ihres Wohnsitzes unverzüglich der IKK Brandenburg und Berlin mitzuteilen.

Beginn und Ende der Teilnahme, Widerrufsbelehrung

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der TE/EWE.

Ihre Teilnahme endet mit der vollständigen Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistung. Darüber hinaus endet sie mit der Beendigung Ihrer Versicherung bei der IKK BB oder mit der Beendigung des Vertrages. Sie endet ferner automatisch mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

Sie können die Teilnahme ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen, sofern noch keine Leistungen aus dem Vertrag in Anspruch genommen wurden. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der TE/EWE.

Wahltarif Besondere Versorgungsformen

Mit Abgabe der unterschriebenen TE/EWE nehmen Sie automatisch am Wahltarif Besondere Versorgungsformen teil. Sie sind an den Wahltarif gebunden, solange die Teilnahme am Vertrag besteht. Weitere Verpflichtungen ergeben sich aus dem Wahltarif nicht.

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und -nutzung

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 gewahrt.

Welche Daten werden erhoben?

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

1. Personenbezogene Daten
 - Daten der Krankenversichertenkarte (Name, Vorname, Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse), Datum der Einschreibung
2. Gesundheitsrelevante Daten
 - ICD-10-GM-Codierung, Datum der Behandlung
3. Abrechnungsrelevante Daten
 - Nummer der abrechnenden Pauschale, Wert der Pauschale in EUR, Datum der Leistungserbringung, Name und Arzt-nummer des behandelnden Arztes
4. Betreuungs- und Behandlungsdaten
 - Befunderhebungsdaten (Anamnese, Indikation, Aufklärung über den operativen Eingriff), Operationsdaten (Operationsindika-tion, Operationsfähigkeit, Operationsart, Besonderheiten, Komplikationen), Anästhesiedaten (Begleiterkrankungen, Anästhe-sieart, Komplikationen), Nachsorgedaten (Reizzustand, Anzahl der Kontrollen, Patientenzufriedenheit), Komplikationen, ggf. Art der Komplikationen, Angaben der behandelnden Ärzte

Wer erhebt die Daten zu welchem Zweck?

Die Daten werden ausschließlich durch Ihren behandelnden und am Vertrag teilnehmenden Arzt für dessen Aufgaben erhoben. Die Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Wer erhält die Daten und warum?

Die IKK Brandenburg und Berlin erhält nur Daten nach Ziffer 1, 2 und 3, die nach dem Gesetz für die Abrechnung erforderlich sind. Mit dieser Einwilligung rechnet Ihr behandelnder Arzt über die nfu. services GmbH ab. Dieses bereitet die genannten Abrechnungsdaten auf, fasst sie zusammen und übermittelt sie gem. § 295 a SGB V verschlüsselt an Ihre Krankenkasse.

Die unterschriebene TE/EWE wird durch Ihren behandelnden und am Vertrag teilnehmenden Arzt an die IKK Brandenburg und Berlin weitergeleitet und dort 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 IKK Brandenburg und Berlin ein Merkmal gespeichert, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.

Befundübermittlung

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Betreuung und Behandlung erhobenen Daten (Ziffer 1, 2 und 4) bei Einbeziehung / Überweisung an andere mitbetreuende Ärzte übermittelt werden. Im Einzelfall können Sie der Übermittlung dieser Daten widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Folgen der Nichteinwilligung und Widerrufsmöglichkeit

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden. Willigen Sie nicht in diese Erklärung ein oder widerrufen Sie der Einwilligungserklärung, so hat dies zur Folge, dass die Teilnahme am Vertrag nicht zustande kommt bzw. endet.