



Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

Vertrag zur Früherkennung und besonderen Versorgung bei Niereninsuffizienz „NephroPlus“ nach § 140 a SGB V

Bitte schicken Sie das Original an:
**HCMS Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für
 Selektivverträge GmbH
 Dürrenhofstraße 4
 90402 Nürnberg**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		gebam
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

I. Vertragsteilnahme

Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutische Möglichkeiten im Rahmen des NephroPlus Vertrages informiert. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet.

Meine Teilnahme am NephroPlus Vertrag ist **freiwillig**. Für mich fallen keine Kosten an. Der Arzt rechnet direkt mit meiner Krankenkasse ab. Sofern sich Änderungen bezüglich meines Versichertenstatus ergeben, werde ich diese umgehend mitteilen, da dies eine weitere Teilnahme am NephroPlus Vertrag unmöglich machen könnte.

II. Vertragliche Bindung

Meine Teilnahme beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für zwei Wochen frei, meine Teilnahme zu widerrufen (vgl. auch Hinweise in Ziffer 5). Dann bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Unterjährig während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund (z.B. bei Wohnortwechsel, Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) bleibt unberührt.

Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erfolgen, im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe im Schreiben zu benennen.

III. Beendigung des Vertrages

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Vertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu einem nicht an der Versorgung im Rahmen des NephroPlus Vertrags teilnehmenden Arzt,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- oder der Beendigung dieses Vertrages.

IV. Informationen und Folgen von Pflichtverstößen

Ich verpflichte mich, immer zuerst den an dem NephroPlus Vertrag teilnehmenden Arzt aufzusuchen. Verstöße ich gegen die Pflicht, etwa durch die nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können mir bei (vorsätzlich) pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstanden Mehrkosten der Krankenkasse auferlegt werden. Bei wiederholter Pflichtverletzung kann dies zudem zu einem Ausschluss aus dem Vertrag führen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

Im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und der besonderen Versorgung lasse ich die Regelungen des HzV-Vertrages weiter gegen mich gelten. Ich kann nur meinen HzV-Betreuarzt als Hausarzt wählen. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift des NephroPlus Vertrags nicht erneut.

Bei einem Arztwechsel meines HzV-Betreuarztes scheidet ich aus der besonderen Versorgung Niereninsuffizienz aus und kann mich frühestens im darauf folgenden Quartal erneut bei dem neugewählten HzV-Betreuarzt einschreiben lassen.

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

Bitte das heutige Datum eintragen

Bestätigung durch gewählten Arzt

 Unterschrift des Arztes

V. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des NephroPlus Vertrags vergütet werden.

IV. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am NephroPlus Vertrag zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiterzugeben.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, von den mich behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Ärzte, meine Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf, die BCS best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergeben werden dürfen.

Insbesondere stimme ich zu, dass meine Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versichertenstatus, Personengruppe, DMP-Kennzeichen, Teilnahmebeginn, Diagnose, Leistungsdatum und Abrechnungsziffer) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmersverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister sowie ggfs. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an eine Qualitätssicherungskommission weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung nicht am NephroPlus Vertrag teilnehmen kann.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Das führt jedoch dann dazu, dass meine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Mit der Anlage 6.2 zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aufgeklärt und habe die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU – Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am Vertrag und für die Behandlungen gemäß dieser Erklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zu.

Ebenso bestätige ich mit der Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

 Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Stempel



Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

Vertrag zur Früherkennung und besonderen Versorgung bei Niereninsuffizienz „NephroPlus“ nach § 140 a SGB V

EXEMPLAR FÜR DEN VERSICHERTEN

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		gebam
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

I. Vertragsteilnahme

Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutische Möglichkeiten im Rahmen des NephroPlus Vertrages informiert. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet.

Meine Teilnahme am NephroPlus Vertrag ist freiwillig. Für mich fallen keine Kosten an. Der Arzt rechnet direkt mit meiner Krankenkasse ab. Sofern sich Änderungen bezüglich meines Versichertenstatus ergeben, werde ich diese umgehend mitteilen, da dies eine weitere Teilnahme am NephroPlus Vertrag unmöglich machen könnte.

II. Vertragliche Bindung

Meine Teilnahme beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für zwei Wochen frei, meine Teilnahme zu widerrufen (vgl. auch Hinweise in Ziffer 5). Dann bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Unterjährig während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund (z.B. bei Wohnortwechsel, Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt - Patienten - Verhältnis, Praxisschließung) bleibt unberührt.

Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erfolgen, im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe im Schreiben zu benennen.

III. Beendigung des Vertrages

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Vertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu einem nicht an der Versorgung im Rahmen des NephroPlus Vertrags teilnehmenden Arzt,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- oder der Beendigung dieses Vertrages.

IV. Informationen und Folgen von Pflichtverstößen

Ich verpflichte mich, immer zuerst den an dem NephroPlus Vertrag teilnehmenden Arzt aufzusuchen. Verstöße ich gegen die Pflicht, etwa durch die nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können mir bei (vorsätzlich) pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstanden Mehrkosten der Krankenkasse auferlegt werden. Bei wiederholter Pflichtverletzung kann dies zudem zu einem Ausschluss aus dem Vertrag führen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

Im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und der besonderen Versorgung lasse ich die Regelungen des HzV-Vertrages weiter gegen mich gelten. Ich kann nur meinen HzV-Betreuarzt als Hausarzt wählen. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift des NephroPlus Vertrags nicht erneut.

Bei einem Arztwechsel meines HzV-Betreuarztes scheidet ich aus der besonderen Versorgung Niereninsuffizienz aus und kann mich frühestens im darauf folgenden Quartal erneut bei dem neu gewählten HzV-Betreuarzt einschreiben lassen.

□□ □□ □□□□

Bitte das heutige Datum eintragen

Bestätigung durch gewählten Arzt

Unterschrift des Arztes

V. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des NephroPlus Vertrages vergütet werden.

IV. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am NephroPlus Vertrag zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, von den mich behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Ärzte, meine Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf, die BCS best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergeben werden dürfen.

Insbesondere stimme ich zu, dass meine Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versichertenstatus, Personengruppe, DMP-Kennzeichen, Teilnahmebeginn, Diagnose, Leistungsdatum und Abrechnungsziffer) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister sowie ggfs. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an eine Qualitätssicherungskommission weiter gegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung nicht am NephroPlus Vertrag teilnehmen kann.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Das führt jedoch dann dazu, dass meine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Mit der Anlage 6.2 zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aufgeklärt und habe die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU – Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am Vertrag und für die Behandlungen gemäß dieser Erklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zu.

Ebenso bestätige ich mit der Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

[Empty box for signature]

Stempel