

| | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------|---------|--|
| | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | geb. am | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | Status | | |
| Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | Datum | | |
| | | | | | |



Bitte in Original oder in Kopie senden an:
 CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH
 Karl-Marx-Allee 90 A
 10243 Berlin
Per FAX: 030 – 2593861-499

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des/der Versicherten*

1. Vertragsteilnahme

Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen des IVOMBesserGutSehen-Vertrags informiert. Ich habe die Informationen zu folgender Erkrankung gelesen bzw. mir vorlesen lassen. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu ihrer Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet.

| | |
|--|---|
| Feuchte altersabhängige Makuladegeneration | Makulaödem nach retinalen Venenverschlüssen |
| Diabetisches Makulaödem | Choroidale Neovaskularisation |
| Proliferative diabetische Retinopathie | Posteriore Uveitis, ggf. mit Makulaödem |

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

Ich bin mit der Therapie unter Verwendung des Medikaments _____ am rechten / linken Auge und den damit verbundenen wiederholten operativen Eingriffen einverstanden. Soll später aufgrund derselben Erkrankung auch das jeweils andere Auge behandelt bzw. ein Medikamentenwechsel notwendig werden, muss die Teilnahme an diesem Vertrag nicht erneut erklärt werden. Mein behandelnder Arzt wird dann diese Sachverhalte gesondert mit mir besprechen.

2. Vertragliche Bindung

Meine Vertragsteilnahme beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für 2 Wochen frei, meine Teilnahme zu widerrufen (vgl. auch die Hinweise in Ziffer 5). Dann bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von 4 Wochen kündige. Während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (z. B. 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 in dem Schreiben zu benennen.

3. Beendigung des Vertrages

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme ohne, dass es einer Kündigung bedarf

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Vertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu einem/einer nicht an der Versorgung im Rahmen des IVOMBesserGutSehen-Vertrages teilnehmenden Augenarztes
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung
- bei Ende der Vertragsteilnahme des behandelnden operierenden Augenarztes
- oder bei Beendigung dieses Vertrages

4. Information und Folgen von Pflichtverstößen

Ich verpflichte mich, immer zuerst den von mir gewählten operierenden Augenarzt im Rahmen meiner Teilnahme am IVOMBesserGutSehen - Vertrag aufzusuchen. Verstöße ich gegen diese Pflicht, etwa durch die Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können mir bei (vorsätzlich) pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstandenen 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 Augenarzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

5. 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 IVOMBesserGutSehen - Vertrages vergütet werden.

6. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am und Durchführung des Vertrags bzw. Versorgungsprogramms IVOMBesserGutSehen zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben. Meine Einwilligung hierzu ist freiwillig.

Ich wurde über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aufgeklärt und habe die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (vgl. Anlage 1b) und bin mit den Inhalten einverstanden.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit meiner Behandlung im Rahmen des IVOMBesserGutSehen-Vertrags stehen, von den mich behandelnden Augenärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Vertragsärzte, meine Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG, Ria-Thiele-Str. 2a, 40549 Düsseldorf und die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Karl-Marx-Allee 90 A, 10243 Berlin) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, weitergegeben werden dürfen.

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

Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung nicht am IVOMBesserGutSehen-Vertrag teilnehmen kann.

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am IVOMBesserGutSehen-Vertrag und willige gleichzeitig in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ein.

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

Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

*Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter. Hierin sollen keine Bevorzugung und keine Diskriminierung eines Geschlechts zum Ausdruck kommen. Die gewählte Fassung dient allein der besseren Übersichtlichkeit des Textes und damit einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts