

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

Praxis-Stempel
----------------



**Bitte in Kopie senden an:**  
**CONVEMA GmbH – Servicestelle für Vertragspartner,**  
**Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin oder Fax 030 – 2593861-499**

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung Spielend besser sehen!

### 1. Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind bei der oben genannten Krankenkasse versichert ist.

Hiermit erkläre ich für das oben genannte Kind die Teilnahme an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur ergänzenden Amblyopie-Behandlung mittels einer webbasierten Stimulationstherapie. Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich von meinem Arzt<sup>1</sup> informiert und aufgeklärt. Die **Information zur Teilnahme am Versorgungsangebot (Anlage 2c)** und die **Versicherteninformation zur Datenverarbeitung und Datenschutz (Anlage 2b)** wurden mir ausgehändigt beziehungsweise zugesendet, ich habe sie gelesen und verstanden. Mir wurden alle Fragen, die ich zu der Erkrankung und zu ihrer Behandlung gestellt habe, beantwortet.

Ich bin mir bewusst, dass sämtliche für diese Versorgungsform erforderliche technische Ausstattung (**vgl. Anlage 2c**), die für den Zugang und die Nutzung der webbasierten Stimulationstherapie notwendig ist als Voraussetzung in meinem zu Hause vorhanden sein muss und damit nicht Bestandteil der Besonderen Versorgung ist und somit ggf. entstehende Kosten von der Krankenkasse nicht getragen werden können.

Mein Teilnahme am Spielend besser sehen! – Vertrag ist **freiwillig**.

Ich bin damit einverstanden, aktiv an der Behandlungsplanung und -durchführung teilzunehmen und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu Behandlung und Therapie meines Kindes in Anspruch zu nehmen. Während der Teilnahme an der besonderen Versorgung, werde ich mein Kind bei der Therapie begleiten und es zum „Dranbleiben“ motivieren. Weiterhin verpflichte ich mich die Abschlussuntersuchung (12 Wochen nach Beginn der Behandlung) mit meinem Kind beim teilnehmenden Augenarzt wahrzunehmen.

### 2. Vertragliche Bindung

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung zur Teilnahme und endet mit der mit der Abschlussuntersuchung zur webbasierten Stimulationstherapie durch den behandelnden Augenarzt.

Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung besteht zwei Wochen lang die Möglichkeit die Teilnahme zu widerrufen (vgl. Regelung in Ziffer 5). Dann bin ich an den Vertrag für die Dauer der Versorgung gebunden.

Das Recht zur jederzeitigen außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (z. B. bei Wohnortwechsel, 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

- 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 nicht an der Versorgung im Rahmen des Spielend besser sehen!-Vertrages teilnehmenden Augenarztes,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- sofern ich meinen Mitwirkungspflichten im Sinne der Nutzung/Therapie nicht nachkomme,
- oder bei Beendigung dieses Vertrages

### 4. Information und Folgen bei Pflichtverstößen

Komme ich meinen vorgenannten Mitwirkungspflichten im Sinne der Nutzung / Therapie auch nach wiederholter Rücksprache mit dem/der teilnehmenden Arzt / Ärztin nicht nach, kann meine Krankenkasse mich bzw. mein Kind von der Teilnahme aus dem Versorgungsangebot ausschließen. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, für im Vertrag vorgesehene Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Augenärzte 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 Augenärzte bin ich einverstanden.

## 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 Spielend besser sehen! - Vertrages vergütet werden.

## 6. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten meines Kindes

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am und Durchführung des Vertrages bzw. Versorgungsprogrammes „Spielend besser sehen!“ zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben. Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig.

**Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der beigefügten Versicherteninformation zur Datenverarbeitung und Datenschutz (Anlage 2b) entnommen und verstanden.**

**Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich einverstanden**, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung im Rahmen des „Spielend besser sehen!“ Vertrages stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (die Krankenkasse meines Kindes, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf, die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH und die Caterna Vision GmbH) 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 für die Teilnahme, zur Erstellung der patientenindividuellen Stimulation, zur Ergebnismessung und Qualitätssicherung und zum Zwecke der Abrechnung meine Daten (Name, Vorname, Anschrift, E-Mail, Telefonnummer, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Diagnose, Visus, Typ der Sehschwäche/Amblyopie, betroffenes Auge, Stimulationsschema und Achsen-Parameter, Datum Teilnahmebeginn und Datum Behandlungsende, Nutzungsdaten zur Sehübungssitzungen) zwischen den Vertragspartnern und ggfs. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an ein wissenschaftliches Institut weiter gegeben werden dürfen.

**Zudem stimme ich zu**, dass die Caterna Vision GmbH mir einen Link zu einer Webseite per E-Mail schickt, von der aus ich mit meinen von mir generierten Zugangsdaten auf die webbasierte Stimulationstherapie zugreifen kann.

Die Krankenkasse meines Kindes darf der behandelnden Ärztin eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung der Teilnahme meines Kindes an webbasierten Stimulationstherapie ausgesprochen wird.

Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB i. B. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die medizinischen Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich eine erteilte Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten jederzeit 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. Der Widerruf meiner Einwilligung führt jedoch dann dazu, dass eine **Teilnahme** an der Versorgung mit der Stimulationstherapie **nicht länger möglich** ist.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am „Spielend besser sehen!“ Vertrag und willige gleichzeitig in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personengebundenen Daten ein.**

**Ebenso bestätige ich mit der Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der Versicherteninformation zur Datenverarbeitung und Datenschutz.**

### Bitte kreuzen Sie an:

**Wie in der Versicherteninformation zur Datenverarbeitung und Datenschutz (Anlage 2b) ausgeführt, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Ergebnismessung und Qualitätssicherung der webbasierten Stimulationstherapie durch die Caterna Vision GmbH verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und ich auch ohne diese am Vertrag teilnehmen kann.**

JA, ich stimme zu

NEIN, ich stimme nicht zu

Bitte das heutige Datum eintragen

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

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

--

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

i 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 und damit einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts