

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

Arztwechsel

AOK-Priomed Online Sehschule – Teilnahme- und Einwilligungserklärung – Anlage 2a

Behandlung der Amblyopie mittels einer ergänzenden webbasierten Stimulationstherapie (Caterna) Stand: 30.04.2019

Erklärung zur Teilnahme an AOK-Priomed Online-Sehschule

1. Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind bei der AOK Hessen versichert ist und an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur ergänzenden Amblyopie-Behandlung mittels einer webbasierten Stimulationstherapie (AOK-Priomed Online-Sehschule) teilnimmt. Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt informiert und aufgeklärt. Die Versicherteninformation (Anlage 2c) und die Information zum Datenschutz (Anlage 2b) wurden mir ausgehändigt, 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 für mein Kind vorhanden sein muss. Diese ist damit nicht Bestandteil der Besonderen Versorgung, ggf. hierfür entstehende Kosten können von der AOK Hessen nicht getragen werden.

Die Teilnahme am Vertrag AOK-Priomed Online Sehschule ist **freiwillig**.

Ich bin damit einverstanden, aktiv an der Behandlungsplanung und -durchführung teilzunehmen und die vorgeschlagenen Maßnahmen zur 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, mit meinem Kind die Zwischenuntersuchung (6 Wochen nach Beginn der Behandlung) und die Abschlussuntersuchung (12 Wochen nach Beginn der Behandlung) bei der teilnehmenden Augenärztin/ beim teilnehmenden Augenarzt wahrzunehmen.

2. Vertragliche Bindung

Die Teilnahme beginnt frühestens mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung zur Teilnahme und endet mit der Abschlussuntersuchung zur webbasierten Stimulationstherapie durch die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung besteht zwei Wochen lang die Möglichkeit die Teilnahme zu widerrufen (vgl. Regelung in Ziffer 5). Danach bin ich bzw. mein Kind für die Dauer des Versorgungsprogramms an den Vertrag gebunden.

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

Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der AOK Hessen zu erfolgen. Im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe in dem Schreiben zu benennen.

3. Beendigung der Teilnahme

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der AOK Hessen,
- mit dem Wechsel zu einem nicht an der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages teilnehmenden Augenarztes,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- 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 der/ dem teilnehmenden Ärztin/ Arzt nicht nach, kann ich bzw. mein Kind von der Teilnahme aus dem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, für im Vertrag vorgesehene Leistungen nur am Vertrag teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in Anspruch zu nehmen. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärztinnen und Ärzte bin ich einverstanden.

5. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der AOK Hessen ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen – dieses Vertrages (AOK-Priomed Online Sehschule) 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 zur Durchführung des Vertrages „AOK-Priomed Online-Sehschule“ bzw. der Teilnahme an „Caterna“ zwingend erforderlich ist, meine bzw. Daten meines Kindes zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben.

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

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung im Rahmen dieses Vertrages bzw. dessen Abwicklung stehen, von den behandelnden Ärztinnen/ Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (die AOK Hessen, 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.

Zudem stimme ich zu, dass die Caterna Vision GmbH mir einen Link zu einer webbasierten Stimulationstherapie per E-Mail schickt, von der aus ich auf meine Zugangsdaten zugreifen kann.

Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V 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 der 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 an AOK-Priomed Online-Sehschule 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.

Ich stimme zu, dass für die Teilnahme, zur Erstellung der patientenindividuellen Stimulation, zur Ergebnismessung und Qualitätssicherung und zum Zwecke der Abrechnung meine Daten zwischen den Vertragspartnern und ggfs. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an ein wissenschaftliches Institut weitergegeben werden dürfen.

Bitte **als Kopie** an folgende Adresse senden:

CONVEMA GmbH – Servicestelle für Vertragspartner, Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin oder Fax 030 – 2593861-499

(Das Original verbleibt in der Arztpraxis!)

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des zu behandelnden Arztes

Arzt-/Praxistempel