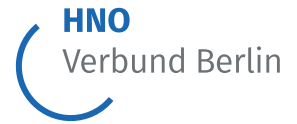


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertragskennzeichen
12000400070

Anlage A 3 - Teilnahmeerklärung

zur Vereinbarung zur Integrierten Versorgung Schlafapnoe gemäß §§ 140 a ff. SGB V

Teilnahme-/Datenfreigabeerklärung zur Besonderen Versorgung von Patienten/-innen mit schlafbezogenen Atmungsstörungen

Ich wurde umfassend über die Inhalte und Ziele der Besonderen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen nach §§ 140a ff. SGB V aufgeklärt und darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme an der Besonderen Versorgung freiwillig ist.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag beginnt, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe und endet grundsätzlich mit dem ärztlichen Abschlußgespräch am Ende der besonderen Versorgung. **Nach § 140a SGB V kann ich diese Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Sofern ich der Teilnahme an der Besonderen Versorgung wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.** Darüber hinaus endet meine Teilnahme automatisch, sollte ich zu einem Kostenträger wechseln, der nicht an der benannten Besonderen Versorgung teilnimmt sowie mit dem Ende des Leistungsanspruchs gegenüber meiner Krankenkasse.

- Ja, ich möchte an der Besonderen Versorgung teilnehmen. Zudem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.**

Datum

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Unterschrift Versicherter/Sorgeberechtigter/Betreuer/Bevollmächtigter

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden,

- dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (Fachärzte, Schlafmedizinische Zentren) Befunde, Arztberichte und sonstige Behandlungsdaten sowohl von den mitbehandelnden Haus- oder Fachärzten anfordern, als auch an diese, sofern diese im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, weiterleiten können,
- mit der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit meiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Schlafapnoe“ erhobenen Behandlungsdaten, durch die beteiligten Leistungserbringer ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse und
- mit der Erfassung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten aus der Besonderen Versorgung „Schlafapnoe“ zum Zweck der Evaluation und Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch meine Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten dabei anonymisiert werden, um einen Rückschluss auf meine Person auszuschließen

Hierbei werden die bezüglich Datenschutz und Datensicherheit geltenden Vorschriften entsprechend Art. 32 Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 DSGVO beachtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich für die Zukunft gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Besonderen Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich stimme der beschriebenen Datenerhebung, der Datenverarbeitung und der Datennutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zu. Das Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation habe ich erhalten.

- Ja, ich stimme der beschriebenen Datenerhebung, der Datenverarbeitung und der Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V zu. Das Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation habe ich erhalten.**

Datum

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Unterschrift Versicherter/Sorgeberechtigter/Betreuer/Bevollmächtigter

CONVEMA GmbH - Servicestelle für Vertragspartner

T 030 259 38 61-400 / F 030 259 38 61-499 / M servicestelle@convema.com

Teilnahmeerklärung

Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag über eine Besondere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen gem. §§ 140a ff. SGB V mit dem Zentrum für Schlafmedizin Berlin und dem HNO-Verbund-Berlin e.V. abgeschlossen.

Was ist eine Integrierte Versorgung (besondere Versorgung) der Krankenkasse?

Die besondere Versorgung ist ein spezielles Versorgungsmodell in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel ist es, die Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Bereichen zu verbessern. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Versicherte werden über die besondere Versorgung in fachübergreifenden, vernetzten Strukturen behandelt. Verschiedene Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser oder Vorsorge- und Reha-Kliniken kooperieren miteinander und befinden sich in einem ständigen Wissensaustausch.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten.

Widerrufsrecht

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift von Ihnen widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. **Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt zur Fristwahrung.** Durch Ihren Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der Integrierten Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift abgeben.

Eine Kündigung nach Ende der zweiwöchigen Widerrufsfrist kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse bzw. dem behandelnden Arzt erfolgen.

Therapeutenbindung

Während der Dauer der Teilnahme an der besonderen Versorgung können Sie die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

Mitwirkungspflicht

Für den Erfolg dieser Behandlung ist eine aktive Mitwirkung durch Sie wichtig. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei fehlender Bereitschaft zur Mitwirkung können Ihnen Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung ganz oder teilweise versagt werden. Wenn Sie trotz wiederholter Aufforderung durch die Krankenkasse den oben genannten Mitwirkungspflichten weiterhin nicht nachkommen, besteht für Ihre Krankenkasse die Möglichkeit, Ihre Teilnahme an diesem Vertrag zu beenden.

Behandlungsvertrag

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die besondere Versorgung kommt lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten sowie den teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringern zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und anderen an der besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, bestehen nicht.

Datenschutzinformation

Zustimmung in die Bereitstellung Ihrer Daten

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist die Bereitstellung Ihrer Daten durch Sie unbedingt notwendig.

Damit wir die erforderlichen Daten von Ihnen auf Grund der Rechtsvorschriften der § 295a SGB V (Sozialgesetzbuch 5) sowie § 140a Abs. 5 SGB V und § 284 SGB V erheben, verarbeiten und nutzen können, müssen Sie auf der Teilnahmeerklärung folgendem Text durch ankreuzen zustimmen:

- Ja, ich stimme der beschriebenen Datenerhebung, der Datenverarbeitung und der Datennutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zu. Das Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation habe ich erhalten.*

Stimmen Sie der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten nicht zu, kann von Beginn an keine Teilnahme an der Besonderen Versorgung erfolgen.

Kann ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung für die Durchführung der besonderen Versorgung widerrufen?

Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist in Textform oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse und bedarf keiner Begründung.

Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist zugleich eine weitere Teilnahme am Versorgungsprogramm hinaus nicht möglich. Ihre Daten können dann nur noch solange verarbeitet werden, wie sie sie zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen des besonderen Versorgungsprogramms erforderlich sind oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.

Welche Daten werden für die Zwecke der Besonderen Versorgung erfasst?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen der besonderen Versorgung durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten.

Folgende Daten werden im Rahmen der besonderen Versorgung grundsätzlich erhoben:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- Für Abrechnungszwecke: die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Schlaflabor, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für die Krankenkasse gelten die Vorschriften der Europäischen-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), sowie der nationalen Datenschutzgesetze wie z. B. die des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Damit an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistung erhalten, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer seine Abrechnungsinformationen an die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH. Dort werden die Informationen auf Richtigkeit überprüft und gemäß § 295a SGB V auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse bzw. deren Abrechnungsdienstleister die Vergütung an CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH aus, die die Vergütung an die teilnehmenden Ärzte weiterleitet.

Anlage A 3 – Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation

zur Vereinbarung zur Integrierten Versorgung Schlafapnoe gemäß §§ 140 a ff. SGB V

Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet. Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Versorgungsprogramm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse erhält die Daten der Teilnahme (z. B. Einschreibung, Beginn, Ende und Widerruf) sowie die Abrechnungsdaten und soweit für die Abrechnung erforderlich Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Abrechnungsdienstleister (sog. "Dritte") mit diesen Aufgaben betrauen. Nähere Informationen zu letzterem erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Was geschieht bei dem Leistungserbringer mit den Daten?

Der Leistungserbringer rechnet die erbrachten Leistungen mit dem zur Abrechnung beauftragten Abrechnungsdienstleister ab. Dies ist aktuell die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Die Abrechnungsdaten werden hierfür direkt der CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH in gesicherter Form zur Verfügung gestellt.

Die an der Besonderen Versorgung beteiligten Fachärzte/ Schlafmedizinischen Zentren sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Besonderen Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf mein behandelnder Arzt mich betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit meiner Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Wann werden meine Daten gelöscht?

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung meiner Teilnahme oder bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag.

IHRE RECHTE NACH DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Sie haben im Rahmen der Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm und der Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten u. a. aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gegenüber dem jeweils Verantwortlichen ein Recht auf alle nachfolgenden Betroffenenrechte:

- Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO):

Sie haben u. a. das Recht, von den verantwortlichen Stellen jederzeit Auskunft darüber zu verlangen:

- zu welchem Zweck die Daten verarbeitet werden,
- die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,
- die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind oder noch offengelegt werden, insbesondere bei Empfängern in Drittländern oder bei internationalen Organisationen;
- falls möglich die geplante Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer; das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch den Verantwortlichen oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung.

- Berichtigung (Art. 16 DSGVO):

Sollten Sie feststellen, dass Sie betreffende Daten unrichtig oder unvollständig sind, haben Sie das Recht eine Richtigstellung oder Ergänzung zu verlangen.

Anlage A 3 – Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation

zur Vereinbarung zur Integrierten Versorgung Schlafapnoe gemäß §§ 140 a ff. SGB V

- **Löschung (Art. 17 DSGVO):**

- Sie haben das Recht, dass die Daten unverzüglich gelöscht werden, wenn:
 - die Sozialdaten für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind,
 - die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind, (siehe oben Kapitel „Dauer der Speicherung“)
 - die Sozialdaten unrechtmäßig verarbeitet wurden oder
 - Sie Ihre Einwilligung in die Nutzung konkreter bestimmter Daten widerrufen und es keine anderweitige Rechtsgrundlage (z.B. Aufbewahrungsfristen) für die Verarbeitung gibt.

- **Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO):**

- Sie haben das Recht, von den verantwortlichen Stellen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn:
 - Sie die Richtigkeit Ihrer Sozialdaten bestreiten. Die Einschränkung gilt für die Dauer, die die verantwortliche Stelle benötigt, die Richtigkeit der Sozialdaten zu überprüfen,
 - die Verarbeitung unrechtmäßig ist und Sie die Löschung der Sozialdaten ablehnen und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der Sozialdaten verlangen,
 - die verantwortliche Stelle die Sozialdaten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und dies vor Ablauf der Löschrufen geltend gemacht haben.
 - eine Löschung der Sozialdaten wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist.

- **Übertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)**

Sie haben das Recht, personenbezogene Daten und Sozialdaten, die Sie den verantwortlichen Stellen gegeben haben, in einem übertragbaren Format zu erhalten.

Bei einem Kassenwechsel übermitteln sich die Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Regelungen des §§ 304 Abs. 2 SGB V die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Daten.

- **Widerpruchsfrist (Art. 21 DSGVO)**

Als betroffene Person haben Sie das Recht auch bei rechtmäßiger Verarbeitung von personenbezogener Daten die bei Verarbeitung für die Wahrnehmung einer Aufgabe, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt – die dem Verantwortlichen übertragen wurde, – oder aufgrund des berechtigten Interesses des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, Widerspruch gegen die Verarbeitung der sich aus ihrer besonderen Situation ergebenden personenbezogenen Daten einzulegen. Der für die Verarbeitung Verantwortliche sollte darlegen müssen, dass seine zwingenden berechtigten Interessen Vorrang vor den Interessen oder Grundrechten und Grundfreiheiten der betroffenen Person haben.

- **Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO)**

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit sich über die jeweils verantwortliche Stelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten zu beschweren.

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der Kontaktdaten der für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlichen Stellen (u. a. Ihre Krankenkasse) sowie der zugehörigen Datenschutzaufsichtsbehörde:

Anlage A 3 – Merkblatt zur Teilnahmeerklärung/Datenschutzinformation
zur Vereinbarung zur Integrierten Versorgung Schlafapnoe gemäß §§ 140 a ff. SGB V

Verantwortliche Stelle	Anschrift	Datenschutzaufsichtsbehörde
<p>BKK-VBU</p>	<p>Vorständin Lindenstraße 67, 10969 Berlin</p> <p><u>Allgemein:</u> 0800 165 66 16 * <small>* kostenfrei innerhalb Deutschlands</small> Info@bkk-vbu.de</p> <p><u>Datenschutz:</u> datenschutzbeauftragter@bkk-vbu.de www.meine-krankenkasse.de/datenschutz</p>	<p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstraße 30, 53117 Bonn</p> <p>Telefon: 0228 997799-0 Fax: 0228 997799 550 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de</p>
<p>CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH (Abrechnungsdienstleister der BKK-VBU)</p>	<p>Vorstand TERRANET Services AG Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin</p> <p><u>Allgemein:</u> Tel: 030 – 22 19 31 08 info@convema.com www.terranet.de/convema/</p> <p><u>Datenschutz:</u> martin.anske@terranet.ag www.terranet.ag/datenschutz/</p>	<p>Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Friedrichstraße 219, 10969 Berlin</p> <p>Telefon: 030/138 89-0 Fax: 030/215 50 50 mailbox@datenschutz-berlin.de</p>