

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V40D

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**
 Anmeldung durch HAUSARZT am: _____ Vorstellung beim FACHARZT am: _____
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung Krankenhauseinweisung
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT** erfolgte im Krankenhaus am:

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

 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung IPV T T M M J J J J
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

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

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen Versorgung von Patienten zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen des Versorgungsprogramms PsycheAktiv Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationsmaterialien (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag PsycheAktiv Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß umseitiger Erläuterungen. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen dieses Versorgungsangebotes in Anspruch nehme. Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten) zum Zweck und im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

Exemplar für die AOK PLUS

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V40D

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**
 Anmeldung durch HAUSARZT am: _____ Vorstellung beim FACHARZT am: _____
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung Krankenhauseinweisung
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT** erfolgte im Krankenhaus am:

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

 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung IPV T T M M J J J J
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt

Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES

LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen Versorgung von Patienten zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen des Versorgungsprogramms PsycheAktiv Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationsmaterialien (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag PsycheAktiv Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß umseitiger Erläuterungen. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen dieses Versorgungsangebotes in Anspruch nehme. Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten) zum Zweck und im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

- zu I.: **Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.
- zu II.: **Ja**, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift FACHARZT

 Stempel FACHARZT

Exemplar für den Hausarzt

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V40D

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**
 Anmeldung durch HAUSARZT am: _____ Vorstellung beim FACHARZT am: _____
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung Krankenhauseinweisung
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT** erfolgte im Krankenhaus am:

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

 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung IPV T T M M J J J J
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt

Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES

LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

I. Teilnahmeerklärung
 Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen Versorgung von Patienten zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen des Versorgungsprogramms PsycheAktiv Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationsmaterialien (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag PsycheAktiv Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß umseitiger Erläuterungen. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen dieses Versorgungsangebotes in Anspruch nehme. Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
 Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten) zum Zweck und im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES
 Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift FACHARZT

 Stempel FACHARZT

Exemplar für den Facharzt

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V40D

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**
 Anmeldung durch HAUSARZT am: _____ Vorstellung beim FACHARZT am: _____
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung Krankenhauseinweisung
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT** erfolgte im Krankenhaus am:

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

 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung IPV T T M M J J J J
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt

Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES

LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen Versorgung von Patienten zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen des Versorgungsprogramms PsycheAktiv Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationsmaterialien (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag PsycheAktiv Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß umseitiger Erläuterungen. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen dieses Versorgungsangebotes in Anspruch nehme. Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten) zum Zweck und im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift FACHARZT

 Stempel FACHARZT

Exemplar für den Versicherten

I. Information Teilnahmebedingungen:

Versicherte der AOK PLUS, bei denen die vertraglich definierten Diagnoseschlüssel diagnostiziert sind, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen teilnehmen.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- ich das 18. Lebensjahr vollendet habe und eine gültiges Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS bestehen muss,
- keine Ausschlusskriterien vorliegen,
- ich durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptiere und
- ich einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und einen an diesem Vertrag teilnehmenden FACHARZT als meinen patientenbezogenen Versorgungsverbund gewählt habe. In Ausnahmefällen kann der FACHARZT entsprechend der vertraglichen Regelungen feststellen und bestätigen, dass meine Teilnahme am Vertrag auch ohne die Wahl eines HAUSARZTES möglich ist. In diesem Fall kreuzt der FACHARZT das Feld „Ausnahmefall“ an. Eine Entscheidung der AOK PLUS ist in diesem Fall erforderlich.

Ich nehme die Leistungen des Versorgungsangebotes PsycheAktiv Sachsen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag PsycheAktiv Sachsen und dem dort beinhaltenen Versorgungsauftrag ergeben. Die gewählten VERTRAGSÄRZTE bieten für die Versicherten der AOK PLUS diese besondere Versorgung an und die AOK PLUS übernimmt die dafür vereinbarte Vergütung. Meine Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Die besondere Versorgung umfasst den Versorgungsauftrag der gewählten VERTRAGSÄRZTE, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen ergänzend anbieten und durchführen. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkt Anwendung. Meine Teilnahme an dieser Versorgung schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb PsycheAktiv Sachsen nicht ein. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern geändert und angepasst werden. Die weitere Durchführung und Teilnahme ist nur in der jeweils geltenden Fassung möglich.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages und unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und das Versorgungsnetz des FACHARZTES als der von mir gewählte Versorgungsverbund die gemeinsame Verantwortung für meine Versorgung nach diesem Vertrag. Der Versorgungsverbund aus HAUSARZT, FACHARZT, Therapiebegleiter und Krankenhaus bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen, bei meiner Versorgung zusammen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung obliegt dem jeweils behandelnden VERTRAGSÄRZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichte ich mich, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese VERTRAGSÄRZTE für die Behandlung meiner Erkrankung, aufgrund derer ich zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt bin, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit durch mich sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen (bei Nichterreichbarkeit des betreuenden HAUS- und FACHARZTES sowie ggf. des Therapiebegleiters). Darüber hinaus verpflichte ich mich: a) zur Vorstellung zum Zweitmeinungsverfahren (ZMV) beim FACHARZT vor einer stationären Aufnahme sowie je nach Ergebnis des ZMV entweder die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen oder entsprechend der Therapieempfehlungen des FACHARZTES die ambulante Behandlung, ggf. im Rahmen dieses Vertrages (Versorgungssäule Interdisziplinäre psychiatrische Behandlung (IPV)), fortzusetzen, b) zur Mitarbeit sowie zur Umsetzung der Empfehlungen des Therapiebegleiters im Rahmen des Entlassungsmanagements (EM), c) zur Teilnahme an der IPV und damit zur Inanspruchnahme der besonderen sozialpsychiatrischen Betreuung und Unterstützung durch einen Therapiebegleiter, d) im Krisenfall möglichst telefonischen Kontakt zum Therapiebegleiter oder der FACHARZTpraxis aufzunehmen und e), vertragsbezogene Anfragen/Prüfungen durch die AOK PLUS und/oder den MDK zu unterstützen.

Die Teilnahme an dieser Versorgung beginnt am Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße TE/EWE) im Rahmen des ZMV und der IPV mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE nach erfolgter persönlicher, umfassender und patientenbezogener Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages PsycheAktiv Sachsen durch den FACHARZT, bei Einschreibung i. R. des EM mit dem Unterschriftsdatum des Versicherten (gleich dem Datum der Einschreibung im Krankenhaus) und ist auf maximal zwei Jahre nach Teilnahmebeginn begrenzt. Die Teilnahme endet Tag genau automatisch mit Ablauf der zwei Jahre, sofern keine vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen erfolgt. Eine befristete Verlängerung der Teilnahmedauer ist in durch den FACHARZT begründeten Fällen nach Genehmigung durch die AOK PLUS möglich. Grundlage bildet ein Verlängerungsantrag, welcher durch den Versicherten und den FACHARZT zu unterzeichnen ist.

Ich bin kein Vertragspartner des Vertrages PsycheAktiv Sachsen. Meine Rechte und Pflichten ergeben sich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. PsycheAktiv Sachsen, den Versorgungsbedingungen sowie dieser TE/EWE. Ich bin an die Teilnahme gebunden und kann meine Teilnahme ohne Angaben von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen. Darüber hinaus endet meine Teilnahme:

- mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I. oder
- an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der TE/EWE erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe oder
- mit Ablauf des o. g. befristeten Teilnahmezeitraumes oder
- mit dem Tag des Wegfalls der oben genannten Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden FACHARZTES, sofern ich keinen anderen am Vertrag teilnehmenden FACHARZT wähle oder
- mit Ablehnung der geänderten Teilnahmebedingungen, d. h. die Vertragspartner können die Teilnahmebedingungen und/oder Inhalte des Versorgungsprogrammes „PsycheAktiv Sachsen“ mit Wirkung für die Zukunft ändern, insbesondere, um die Leistungen zu verbessern oder an gesetzliche Anforderungen oder die aktuellen Versorgungserfordernisse anzupassen. Der Hausarzt bzw. die AOK PLUS informiert (z. B. plus.aok.de) über Anpassungen im Versorgungsprogramm „PsycheAktiv Sachsen“ oder
- wenn dauerhaft weitere Ärzte zur Behandlung meiner Erkrankung, aufgrund derer ich zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt bin, in Anspruch genommen werden, was nicht mit dem gewählten HAUS- oder FACHARZT abgestimmt ist bzw. bei einem dauerhaften Wechsel zu einem Facharzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- am Tag der Durchführung des ZMV oder des EM, wenn im Ergebnis nach Einschätzung des FACHARZTES eine weitere Versorgung im Rahmen dieses Vertrages nicht angezeigt oder möglich ist oder
- an dem Tag, an dem der betreuende HAUS- oder FACHARZT, die AOK PLUS und/oder der MDK feststellt/en, dass Teilnahmevoraussetzungen nicht beachtet/nicht erfüllt werden, Ausschlusskriterien, Pflichtverletzungen oder die Nichtnotwendigkeit der besonderen Versorgung im Rahmen dieses Vertrages vorliegen oder
- mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS oder
- mit dem Ende des Vertrages PsycheAktiv Sachsen.

Im Falle von Widerruf oder Kündigung werde ich über das Teilnehmende schriftlich durch die AOK PLUS, in allen anderen Fällen durch den betreuenden FACHARZT informiert.

Eine erneute Teilnahme am ZMV, EM und an der IPV ist in Abstimmung zwischen dem HAUS- und FACHARZT möglich.

Meine Patientendaten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug und ohne Personenbeziehbarkeit) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch die AOK PLUS und die Kassenärztliche Vereinigung verwendet werden können. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen/AOK PLUS können eine wissenschaftlich standardisierte Lebensqualitäts- und/oder medizinische Befragungen durchführen. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am PsycheAktiv Sachsen ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig. Im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung werde ich nach Beginn meiner Teilnahme an dieser gesondert angeschrieben und darum gebeten, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in pseudonymisierter Form (mit Versichertenbezug) bzw. anonymisierter Form (ohne Versichertenbezug) und in die dafür erforderliche Bereitstellung meiner Daten an einen Evaluator schriftlich einzuwilligen. Die Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten zum Zweck der Evaluation ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist nicht abhängig von der Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten für die Evaluation.

Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn mir die AOK PLUS eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen:

Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)] durch die Beteiligten [VERTRAGSÄRZTE, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und AOK PLUS] erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Meine Einwilligung in die darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten FACHARZT an die AOK PLUS mit allen darauf enthaltenen Daten übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten/Patientendaten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme, gewählter HAUSARZT, gewählter FACHARZT.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten HAUSARZT und FACHARZT in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zur Verfügung stellt. Die KVS ist die Abrechnungsstelle, bei der die HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE die Leistungen abrechnen. Die KVS erhält in diesem Zusammenhang von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter HAUSARZT, gewählter FACHARZT.
4. die AOK PLUS und die KVS als Vertragspartner auf Seiten der VERTRAGSÄRZTE (§ 295 Abs. 1b und § 295 SGB V) im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
5. die AOK PLUS und/oder der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) vertragsbezogene Daten/Dokumentationen mit Personenbezug von den behandelnden HAUS- und/oder FACHÄRZTEN abfordern kann.
6. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie zwischen den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern übersendet werden können.
7. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
8. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
9. die AOK PLUS und/oder der MDK vertragsbezogene Anfragen an den Versicherten stellt und diese anonymen Ergebnisse/Daten durch die AOK PLUS/den MDK zu Prüfungs- bzw. Qualitätssicherungszwecken arztbezogen ausgewertet werden.
10. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass mein Widerruf der Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt

Meine Widerrufserklärung richte ich an: AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung bei und durch die AOK PLUS und zu meinen diesbezüglichen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte bzw. in der beigefügten „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

Informationen und Auskünfte zur Datenverarbeitung durch und bei den teilnehmenden VERTRAGSÄRZTEN sowie der KVS und zu meinen diesbezüglichen Rechten erhalte ich von diesen Vertragsbeteiligten.

Patienteninformation

zum Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen

Liebe Patientin, lieber Patient,

psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit – jeder kann zu jeder Zeit betroffen sein. Vielen Menschen – Betroffene selbst als auch Personen aus dem eigenen Umfeld – fällt es schwer, mit einer psychischen Erkrankung umzugehen. Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen, wie z. B. einem Beinbruch, der ersichtlich ist und den man erklären kann, äußern sich psychische Erkrankungen „nur“ in Gefühlen, die das Verhalten und damit das tägliche Leben stark beeinflussen.

Leider gehören psychische Erkrankungen auch in unserer Gesellschaft häufig noch immer zu den Tabuthemen, sodass wir uns scheuen, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen – wir verleugnen diese Erkrankung vor uns selbst und verschweigen sie aus Angst vor Unverständnis und Ablehnung – ein Teufelskreis, der unsere Seele nur noch weiter aus dem Gleichgewicht bringt. Umso wichtiger ist es zu wissen, dass psychische Erkrankungen heutzutage gut behandelbar sind. Voraussetzung dafür ist, dass die Erkrankung möglichst frühzeitig erkannt und die Behandlung begonnen wird.

Professionelle Hilfe sollte bei psychischen Erkrankungen genauso selbstverständlich in Anspruch genommen werden wie bei jedem körperlichen Leiden. Im Unterschied zu körperlichen Erkrankungen hängt der Erfolg allerdings nicht nur von einem selbst, sondern auch von der Akzeptanz, dem Verständnis und dem Verhalten des Umfeldes bzw. der Angehörigen ab. Daher ist es wichtig, auch die Angehörigen mit in die Behandlung einzubeziehen.

Mit PsycheAktiv Sachsen möchten wir genau an diesen Punkten ansetzen. Es soll einerseits eine mögliche psychische Erkrankung frühzeitig diagnostiziert und therapiert und andererseits die ambulante Versorgung im Hinblick auf eine optimale, vernetzte und umfassende Versorgung verbessert werden.

Die Inhalte der Versorgung PsycheAktiv Sachsen...

Mit PsycheAktiv Sachsen ermöglicht die AOK PLUS Ihren behandelnden Ärzten, Ihnen zusätzliche Leistungen bedarfsgerecht und individuell anzubieten. Ihnen steht es frei, sich für dieses zusätzliche Versorgungsangebot zu entscheiden. Ihr Arzt informiert Sie ausführlich über PsycheAktiv Sachsen. Damit Sie von den zusätzlichen Leistungen der besonderen Versorgung profitieren können, ist Ihr Einverständnis erforderlich – dieses erklären Sie auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, in welcher die Teilnahmebedingungen ausführlich beschrieben sind. Einen Durchschlag für Ihre Unterlagen erhalten Sie nach Unterzeichnung von Ihrem Arzt.

Das Versorgungsangebot ist im Wesentlichen geprägt durch die Sicherstellung fachärztlicher Expertise, die enge und abgestimmte Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt, die individuelle Betreuung durch einen Therapiebegleiter und die Koordinierung bzw. Unterstützung hinsichtlich der Inanspruchnahme von nichtmedizinischen, beruflichen, sozialen und gesundheitsfördernden Leistungen.

Jeder Facharzt, der am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen teilnimmt, hält in seiner Praxis mindestens einen Therapiebegleiter vor, der im Falle einer weiterführenden Versorgung im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen eine zentrale Rolle übernimmt. Ein Therapiebegleiter hat besondere Qualifikationen für eine individuelle und bedarfsgerechte (sozial) psychiatrische Betreuung und Unterstützung des Patienten und ggf. der Angehörigen. Der Therapiebegleiter ergänzt die fachärztlichen Leistungen und stellt ein Bindeglied zu allen an der Versorgung Beteiligten dar (inkl. Kontakte zu Sport- und Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Berufsförderungswerk, etc.). Er steht Ihnen und Ihren Angehörigen von Beginn der interdisziplinären Versorgung an als erster Ansprechpartner unterstützend zur Seite und richtet seine Aktivitäten bedarfsabhängig und individuell auf Sie und ggf. Ihre Angehörigen aus. Dabei kann sich das Tätigkeitsfeld neben den Praxisräumen auch auf Ihr häusliches oder soziales Umfeld erstrecken. Die Koordinierung sämtlicher Maßnahmen erfolgt ausgehend von der Facharztpraxis in Zusammenarbeit und in Abstimmung mit dem Hausarzt. Erforderliche Facharzttermine werden ggf. kurzfristig realisiert.

Ihre Vorteile im Überblick...

Durch Ihre Teilnahme am Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen profitieren Sie mehrfach:

- Ihre Diagnose, die Ihr Hausarzt gestellt hat, wird fachärztlich gesichert.
- Die Versorgung im ambulanten Bereich erfolgt koordiniert und zwischen allen Beteiligten abgestimmt.
- Sie erhalten bedarfsgerecht zeitnahe Facharzttermine ohne lange Wartezeiten in der Praxis.
- Sie erhalten individuelle Unterstützung, Beratung und Betreuung durch einen persönlichen Therapiebegleiter, der Ihnen als Ansprechpartner, Vertrauens- und Kontaktperson von Anfang an zur Seite steht.
- Ihre Angehörigen werden mit in die Behandlung einbezogen und können beratende Leistungen in Anspruch nehmen.
- Es besteht eine Schnittstelle zu nichtmedizinischen Diensten – bspw. Sport- und Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Berufsförderungswerk, etc.
- Das komplexe Versorgungsprogramm erfolgt im ambulanten Bereich – eine Trennung vom gewohnten Umfeld wird so vermieden.
- Ihre Arbeitsfähigkeit kann erhalten bzw. wiederhergestellt werden.
- Am Ende eines Krankenhausaufenthaltes schließt sich nahtlos die ambulante Weiterbehandlung an.

Neben den Vorteilen, von denen Sie als Patient profitieren, dient PsycheAktiv Sachsen insbesondere

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der ambulanten Versorgung durch den Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen und -abläufen und damit
- der frühzeitigen Erkennung einer psychischen Erkrankung und einem frühzeitigen Therapiebeginn mit dem Ziel der Vermeidung bzw. Verminderung der Symptome und Folgen einer psychischen Erkrankung und
- einer bedarfsgerechten sozialpsychiatrischen Betreuung und Unterstützung von Patienten mit speziellen psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen im ambulanten Bereich und die Koordination aller Leistungen und Maßnahmen, die mit der Erkrankung im Zusammenhang stehen.

Gern beantworten wir Ihre Fragen und freuen uns über ein Feedback...

Sie erreichen uns ganz in Ihrer Nähe, in Ihrer AOK-PLUS-Filiale sowie im Internet. Auch können Sie uns jederzeit über das Servicetelefon unter 0800 1059000* oder per E-Mail: service@plus.aok.de erreichen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Ihre

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis [§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden der AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogene Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderliche Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmungen des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarung sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU-DSGVO).

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

- Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
- Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
- Daten zum Versicherungsverhältnis
- Beitrags- und Zahlungsdaten
- Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
- Daten zur Pflegeperson
- Daten zum gesetzlichen Vertreter
- Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
- Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
- Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
- Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen)

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de,
www.aok.de/plus/datenschutzrechte - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden oder
datenschutz@plus.aok.de

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 5, 01067 Dresden