Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)

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

V 14D

Exemplar für die AOK PLUS

☐ **Ersteinschreibung**

☐ **Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Name, Vorname des einschreibenden HAUSARZTES:

Name, Vorname der betreuenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ: LANR

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages „zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind“ im Freistaat Sachsen“ („DFS Sachsen“) gemäß § 140a SGB V.

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angegebenen VERTRAGSÄRZTE als meinen Versorgungsverbund für die Behandlungskoordination und medizinischen Versorgung des diabetischen Fußsyndroms im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „DFS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

zu I.: **Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation 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 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 HAUSARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel HAUSARZT

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)

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

V 14D

Exemplar für den Hausarzt

☐ **Ersteinschreibung**

☐ **Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Name, Vorname des einschreibenden HAUSARZTES:

Name, Vorname der betreuenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ: LANR

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages „zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind“ im Freistaat Sachsen“ („DFS Sachsen“) gemäß § 140a SGB V.

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angegebenen VERTRAGSÄRZTE als meinen Versorgungsverbund für die Behandlungskoordination und medizinischen Versorgung des diabetischen Fußsyndroms im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „DFS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

zu I.: **Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation 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 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 HAUSARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel HAUSARZT

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)

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

V 14D

Exemplar für den Facharzt

☐ **Ersteinschreibung**

☐ **Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Name, Vorname des einschreibenden HAUSARZTES:

Name, Vorname der betreuenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ: LANR

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages „zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind“ im Freistaat Sachsen“ („DFS Sachsen“) gemäß § 140a SGB V.

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angegebenen VERTRAGSÄRZTE als meinen Versorgungsverbund für die Behandlungskoordination und medizinischen Versorgung des diabetischen Fußsyndroms im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „DFS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

zu I.: **Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation 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 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 HAUSARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel HAUSARZT

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)

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

V 14D

Exemplar für den Versicherten

☐ **Ersteinschreibung**

☐ **Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Name, Vorname des einschreibenden HAUSARZTES:

Name, Vorname der betreuenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ: LANR

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages „zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten, die an Diabetischem Fußsyndrom erkrankt sind“ im Freistaat Sachsen“ („DFS Sachsen“) gemäß § 140a SGB V.

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angegebenen VERTRAGSÄRZTE als meinen Versorgungsverbund für die Behandlungskoordination und medizinischen Versorgung des diabetischen Fußsyndroms im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes „DFS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

zu I.: **Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformation 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 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 HAUSARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel HAUSARZT

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung:

Mit meiner Entscheidung an der besonderen Versorgung „DFS Sachsen“ teilzunehmen, werde ich meine Eigenverantwortung zur Vermeidung des Auftretens eines Diabetischen Fußsyndrom stärken können. Aufgrund der bestehenden Fußkomplikationen wird mein Hausarzt regelmäßig ein Screening durchführen, um das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms zu vermeiden bzw. frühzeitig zu erkennen und dadurch rechtzeitige die richtige Behandlung einzuleiten. Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die Leistungen der besonderen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Voraussetzung zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.
Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung „DFS Sachsen“ eine Versicherung bei der AOK PLUS besteht,
2. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. die besondere Versorgung eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages zum „DFS Sachsen“ ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages „DFS Sachsen“ bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. der besonderen Versorgung, den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem Hausarzt bzw. der diabetologischen Fußambulanz obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des „DFS Sachsen“ gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung) beginnt.
7. ich an meine Teilnahme für mindestens ein Jahr gebunden bin und meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen zwei Monate vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
   - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.
   - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
   - bei Nichtbeachtung der vorstehenden Bedingungen/Pflichten, zu denen ich mich mit meiner Teilnahme bereiterklärt habe.
   - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
   - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
   - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht am Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“ teilnimmt.
   - mit dem Ende des Versorgungsprogramms „DFS Sachsen“.
9. meine Patientendaten (Abrechnungsdaten, Versorgungsdaten) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner verwendet werden können.
10. die AOK PLUS eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen möchte. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am „DFS Sachsen“ ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.
11. ich im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme an dieser gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug)/versichertenbezogener Form (d. h. mit Personenbezug) 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.
12. die Vertragspartner die Teilnahmebedingungen und/oder Inhalte des Versorgungsprogrammes „DFS Sachsen“ mit Wirkung für die Zukunft ändern können. Der Hausarzt bzw. die AOK PLUS informiert (z. B. plus.aok.de) über Anpassungen im Versorgungsprogramm „DFS Sachsen“.

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 die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein 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 „DFS Sachsen“:

Teilnahmebezogene 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 erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den von mir gewählten Hausarzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. 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 des Vertrages „DFS 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.

4. 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.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält
6. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem „DSF Sachsen“ erhobenen Daten gegebenenfalls in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufes:

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 am Versorgungsvertrag „DFS Sachsen“ verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

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 anderen Beteiligten (Vertragsarzt und KV Thüringen und zu meinen diesbezüglichen Rechten erhalte ich von diesen Beteiligten.

Patienteninformation

zur Teilnahme an der Versorgung Diabetisches Fußsyndrom Sachsen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei vielen Patienten mit Diabetes mellitus kommt es im Laufe ihres Lebens zu einer Fußläsion. Diese Fußkomplikation wird insbesondere durch die Schädigungen der Gefäße (Makroangiopathie) oder/und der Nerven (Neuropathie) verursacht.

Durch frühzeitiges Erkennen einer Fußkomplikation und der zeitnahen richtigen Behandlung einer Fußläsion lassen sich sehr oft schwere Erkrankungsstadien des Fußes vermeiden bzw. kann die Heilungszeit erheblich verkürzt werden. Krankenhausaufenthalte oder gar Amputationen werden nicht erforderlich, was ein Stück mehr an Lebensqualität für jeden einzelnen Betroffenen bedeutet.

Um dies zu erreichen, ist eine enge und koordinierte Zusammenarbeit mit vertraglich eingebundenen Ärzten aller Fachrichtungen erforderlich, welche optimale qualitative und organisatorische Voraussetzungen bietet. Damit diese Zusammenarbeit optimal sichergestellt ist, hat Ihre AOK PLUS mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen den Vertrag **Diabetisches Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)** abgeschlossen. Mit diesem Vertrag wird die Verknüpfung von Hausarzt sowie ambulanten Einrichtungen, die auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisiert sind (Diabetologische Fußambulanz), gewährleistet.

Die besonderen Anforderungen zur Behandlung der Versicherten mit auffälligem Fußstatus werden also durch eine enge Kooperation zwischen Hausarzt und Diabetologischer Fußambulanz gewährleistet. Der Versicherte wählt demnach bereits mit Vertragseinschreibung einen Hausarzt und eine Diabetologische Fußambulanz, welche gemeinsam die Koordinierung des Versicherten im Rahmen dieses Vertrages durchführen.

Was eine Teilnahme an diesem Vertrag für Sie als Patient bedeutet, stellen wir Ihnen mit dieser Patienteninformation vor.

Die Inhalte der Versorgung Diabetisches Fußsyndrom Sachsen…

Da Ihr Hausarzt bei Ihnen, eine Fußkomplikation (auffälligen „Fußstatus“) erkannt und Ihnen die Teilnahmeunterlagen ausgehändigt hat, können Sie von den nachfolgend dargestellten Vorteilen dieser Versorgung profitieren.

Die Einzelheiten der Teilnahmebedingungen sind in den Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausführlich beschrieben.

DFS Sachsen dient insbesondere

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der ambulanten Versorgung und damit
- der frühzeitigen Erkennung von Versicherten mit einem erhöhten Risiko für eine Fußläsion, um diese einer speziellen Betreuung und Behandlung zuzuführen und somit das Auftreten von Fußläsionen zu vermeiden und
- der frühzeitigen Erkennung von Versicherten mit bereits bestehender Fußläsionen und der damit verbundenen speziellen Behandlung und Betreuung dieser Versicherten, um eine Amputation (Majoramputation) zu vermeiden.

Sie wählen mit Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt und einen Facharzt einer Diabetologischen Fußambulanz, die durch Ihre Wahl einen Versorgungsverbund bilden. Die gewählten Ärzte wirken aufgrund der vertraglichen Bestimmungen wie nachfolgend beschrieben zusammen. Deren selbstständige Berufsausübung, die eigene medizinische Verantwortung sowie die Regeln der medizinischen Kunst und die Fachgebietsgrenzen bleiben gewahrt.

Der Hausarzt ist Ihr koordinierender Vertragsarzt und unterstützt Sie bei der Einschreibung.

Bei Bedarf ist für Sie ein kurzfristiger Vorstellungstermin bei einem auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisierten Facharzt gewährleistet. Der von Ihnen gewählte Facharzt einer Diabetologischen Fußambulanz wird nach ausführlicher Diagnostik und Befunderhebung einen Behandlungsplan aufstellen, diesen überwachen und für den Hausarzt eine Therapieempfehlung für Sie erstellen.

In enger Abstimmung mit Ihrem Hausarzt wird der Behandlungsplan umgesetzt und die Wundheilung regelmäßig kontrolliert. Der Hausarzt und der Facharzt der Diabetologischen Fußambulanz tauschen dafür alle erforderlichen Befunde aus.

Sofern Sie einen Facharzt einer Diabetologischen Fußambulanz gewählt haben, der im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist, kann dieser auch gleichzeitig Ihr betreuender Hausarzt sein.

Der Facharzt der Diabetologischen Fußambulanz sichert eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung - inkl. der Schuhabnahme. Dabei arbeitet er eng mit für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigten Orthopädie-Schuhmachern/-Schuhtechnikern zusammen.

Bei medizinischer Notwendigkeit einer stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms stimmt sich Ihr Hausarzt mit dem Facharzt der Diabetologischen Fußambulanz über die Einweisung in ein geeignetes, besonders auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiertes Krankenhaus ab. Im Übrigen entscheidet der Hausarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus.

Ihre Vorteile im Überblick…

- Stellt Ihr Hausarzt bei Ihnen eine Fußkomplikation (auffälligen Fußstatus) fest, schreibt er Sie in den Vertrag **DFS Sachsen** ein.
- Regelmäßig prüft der Hausarzt, im Rahmen eines umfangreichen Screenings, inwieweit ein erhöhtes Risiko für das mögliche (erneute) Auftreten eines Diabetischen Fußsyndroms (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie) bzw. eine bestehende Fußläsion bei Ihnen vorliegt.
- Der Hausarzt sorgt für eine Überweisung an eine Diabetologische Fußambulanz, innerhalb von zwei Wochen.
- Das von Ihnen gewählte Arztpaar (Haus- und Facharzt) stimmt Ihre individuelle Behandlung ab. Dafür werden erhobene Befunddaten ausgetauscht und ein Behandlungsplan erarbeitet.
- Soweit erforderlich, können Sie an einer Schulung „ohne Füße läuft nichts – Anleitung zur Selbstfürsorge“ teilnehmen.
- Durch die gegenseitige Information Ihrer Ärzte über Ergebnisse und Änderungen der Therapie können unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden.
- Vor einer möglichen Einweisung in ein Krankenhaus stimmen sich die von Ihnen gewählten Ärzte, soweit möglich, ab.
- Ihre Betreuung orientiert sich an den zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms vorliegenden Leitlinien.
- Die Teilnahme am **DFS Sachsen** ist freiwillig und für Sie nicht mit Zusatzkosten verbunden.
- Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an diesem Vertrag beenden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen.
- Wir unterstützen Sie bei der Fortführung Ihrer Teilnahme, wenn zum Beispiel aufgrund von Umzug ein Arztwechsel erforderlich ist.

Gern beantworten wir Ihre Fragen…

…und stehen Ihnen in der AOK PLUS Filiale in Ihrer Nähe sowie im Internet gern zur Verfügung. Auch können Sie uns jederzeit über das Servicetelefon unter 0800 1059000 * erreichen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Ihre

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

*deutschlandweit kostenfrei, und das rund um die Uhr aus allen Netzen

Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. AOK PLUS

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der 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 personenbezogenen 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 Hilfsmittel*
- *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*
- *Leistung-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)*
- *Daten zur Pflegeperson*
- *Daten zum gesetzlichen Vertreter*
- *Daten zu Wahltarifen 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 Datenschutzbeauftragen 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