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

Teilnahme- und Einverständniserklärung

Gesund schwanger

Bitte im Original per Post senden an:
Bavaria Direktmarketing & Full-Service GmbH
„Gesund schwanger“
Industriestraße 1
82140 Olching/Geiselbullach

Einverständniserklärung

Sämtliche Leistungen zur Vermeidung von Frühgeburten im Rahmen des Versorgungsprogramms ***Gesund schwanger*** können nur durch diejenigen Vertragsärzte erbracht werden, die an dem Versorgungskonzept gem. § 140a SGB V teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung ausschließlich durch die Verbundpartner vor. Während der Teilnahme an dem Versorgungskonzept ***Gesund schwanger*** kann ich nicht vertraglich gebundene Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch nehmen, sofern es sich um Leistungen handelt, die innerhalb dieses Versorgungsvertrages geregelt sind.

Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, werden von den behandelnden Ärzten erhoben und dürfen verarbeitet sowie unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die Vertragspartner weitergegeben werden. Durch die Patienteninformation habe ich weitere Informationen zu Vertragsinhalten, zur Verarbeitung von patientenbezogenen Daten sowie zum Datenschutz und zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten. Notwendige Daten entsprechend der mir ausgehändigten *Patienteninformation zur Teilnahme an der Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten* dürfen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und Evaluation zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister weitergegeben werden. Insoweit sind die an der besonderen Versorgung beteiligten Ärzte und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden.

Die Krankenkasse hat mich umfassend über den Vertrag, die teilnehmenden Vertragsärzte, die besonderen Leistungen und die Qualitätsstandards dieses Vertrages informiert.

Für die Teilnahme und Durchführung des Versorgungsprogramms ***Gesund schwanger*** ist es zwingend erforderlich, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiterzugeben.

Hiermit stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen und im Rahmen des Screenings erfassten Daten entsprechend dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung und der *Patienteninformation zur Teilnahme an der Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten* ***Gesund schwanger*** zu. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Teilnahmeerklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir die Patienteninformation ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde.

Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und endet mit dem Ende der Schwangerschaft. Meine Teilnahmeerklärung wird über die Bavaria Direktmarketing & Full-Service GmbH an meine Krankenkasse übermittelt. Meine Teilnahme kann ich jedoch jederzeit aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung o. ä.) schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen.

Meine Erklärung zur Teilnahme am Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen der besonderen Versorgung vergütet werden.

Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten.

Ort, Datum _____ **Unterschrift der Versicherten** _____