Teilnahmeerklärung und
Einverständnis zur Datenverarbeitung

Original verbleibt in der Arztpraxis zur Archivierung.

↑ Versicherteninformation drucken! ↑
(keine Aufkleber!)

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:
☐ **Ja**, ich bin in der Personalkasse/ Mitarbeiterkasse meiner Krankenkasse versichert.

Vertrag nach § 140a SGB V zwischen der HEK-Hanseatischen Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser „Besonderen Versorgung" bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der „Besonderen Versorgung" beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres an die Teilnahme beim einschreibenden Arzt gebunden. Unabhängig davon besteht das jederzeitige Recht auf außerordentliche Kündigung, wenn besondere Gründe vorliegen (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis). Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, die an dieser „Besonderen Versorgung" teilnehmen. Bei Inanspruchnahme eines nicht teilnehmenden Arztes oder fehlender Mitwirkung im Rahmen dieses Versorgungsangebotes kann ich von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:
Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der HEK ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK (vgl. Kontaktdaten Versicherteninformation). Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung" können nicht mehr in Anspruch genommen werden, aber für die weitere Behandlung meiner Erkrankung kann ich die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung" beanspruchen.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung nach § 140a SGB V

Durch die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Vorsorgeprogramm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:
Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Vertrag teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung" beanspruchen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Teilnahme (1) und mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (2).

Ich bestätige die Einschreibung des Patienten in den Hautkrebsvorsorge-Vertrag _____ Datum, Stempel, Unterschrift **des Arztes/der Ärztin**	Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters _____ Datum, Unterschrift **des Versicherten/gesetzlichen Vertreters**