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

Die Teilnahmeerklärung verbleibt elektronisch oder in Papierform in der Praxis und ist nur auf ausdrückliche Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.

VKZ: 271A160011

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung der Versicherten

für die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 für Kinder

Erklärung des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11). Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit deren Inhalten einverstanden.

Der Arzt meines Kindes hat mich in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen informiert.

Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ich verpflichte mich, während der Dauer der Teilnahme meines Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
Sofern ein wichtiger Grund vorliegt (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis), kann ich die Teilnahme meines Kindes jederzeit außerordentlich kündigen.

Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die KNAPPSCHAFT.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet

- bei einem Widerruf oder einer Kündigung der Teilnahme,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V mit dem Ende dieses Vertrages,
- mit dem Abschluss der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.

Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten zum Umgang mit den Daten der/des Versicherten

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung und der Abrechnungsprüfung ein.

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogenen Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten und damit verbundene Informationen sowie Vertragsdaten an die mit der Abrechnung beauftragte Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an diesem Vertrag nicht (mehr) möglich ist. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

_____ _____

Datum **Unterschrift der/des Sorgeberechtigten**

Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 für Kinder

Information für Versicherte der KNAPPSCHAFT

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot der KNAPPSCHAFT zur "Besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Ihr Kind daran teilnehmen kann.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder untersucht die Ärztin bzw. der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes. Sie/er berät Sie auch darüber, was Sie tun können, damit Ihr Kind sich gesund entwickelt. Die U10 findet im Alter von sieben bis acht Jahren statt, die U11 können Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren in Anspruch nehmen. Über die genauen Inhalte der Untersuchungen informiert Sie Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt.

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Krankheiten oder Störungen frühzeitig zu erkennen, die eine normale körperliche, geistige und soziale Entwicklung des Kindes gefährden. Die Ärztin bzw. der Arzt spricht mit den Kindern zum Beispiel über soziale und psychische Aspekte wie etwa Schwierigkeiten in der Schule oder Fernseh-, Computer- und Ernährungsgewohnheiten. Auch Suchtmittel, Sport und Stress können ein Thema sein.

Bei allen Untersuchungen überprüft und bespricht die Ärztin bzw. der Arzt mögliche Verdachtsdiagnosen aus vorangegangenen Untersuchungen. Auch der Impfstatus wird überprüft. Ergibt sich der Verdacht auf eine Krankheit oder entdeckt die Ärztin bzw. der Arzt eine Erkrankung, veranlasst sie/er eine weiterführende Diagnostik oder Therapie.

Die zusätzlichen Kosten für diese Untersuchungen übernimmt die KNAPPSCHAFT für Sie.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Ärztin bzw. der Arzt beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung. In der Teilnahmeerklärung erhalten Sie Informationen, welche Daten von der Arztpraxis hierfür an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung der Daten Ihres Kindes an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

Teilnahmebedingungen

Sie erklären die freiwillige Teilnahme Ihres Kindes einfach durch Ihre Unterschrift auf der beiliegenden Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die KNAPPSCHAFT absenden.

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit der Einschreibung Ihres Kindes. Ihr Kind ist bis zum Abschluss der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen an die Arztpraxis gebunden.

Unabhängig davon können Sie für Ihr Kind / kann Ihr Kind die Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Anlass hierfür kann vorliegen, wenn z. B. das Zutrauen in die Behandlung nicht mehr vorhanden oder das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist. Sofern Ihr Kind seine Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchte, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind mit sofortiger Wirkung nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls es sich für die Untersuchung nicht an die dargestellte Bindung hält. Die weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie Ihr Kind erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für die Teilnahme Ihres Kindes vorliegen. Für die Behandlung von Erkrankungen können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Hinweisen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Ein glückliches und gesundes Aufwachsen Ihres Kindes wünscht Ihnen

Ihre KNAPPSCHAFT gemeinsam mit

Ihrem/-r behandelnden Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Im Zusammenhang mit dem Vertrag „Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11“ nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten notwendig. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich. Es werden Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Vertragsärzte, Kassenärztliche Vereinigung und die KNAPPSCHAFT) unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben.

Die personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer, Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10 GM) dürfen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und der Kassenärztlichen Vereinigung weitergegeben werden. Medizinische Daten werden – sofern notwendig – nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht (z.B. Wechsel des behandelnden Arztes).

Im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in die Erfüllung unserer Pflichten aus der DSGVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Vertrag *Früherkennungsuntersuchung U10 und U11* treffen können.

Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die KNAPPSCHAFT. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall an die KNAPPSCHAFT sowie deren Datenschutzbeauftragten wenden:

KNAPPSCHAFT
Datenschutzbeauftragter
Wasserstr. 217
44799 Bochum
datenschutz@kbs.de
Tel. 0234 304-0

Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des Programms *Früherkennungsuntersuchung U10 und U11* erhoben und verarbeitet werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5, § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten noch solange gespeichert, wie es für die Erfüllung des Vertrages erforderlich ist. Ihre Daten werden nach 4 Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung in Anspruch genommen haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 84 SGB X); spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben ein Recht auf **Auskunft** seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), **Löschung** (Art. 17 DSGVO), auf **Einschränkung** der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), das Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X) und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 DSGVO).

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO):
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.