

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (IVOM) teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieser Versorgung

Dieser Vertrag soll die Versorgungsqualität der ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingaben (IVOM) verbessern. Durch diese Versorgung soll eine qualitätsgesicherte Diagnostik und Behandlung der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration (AMD), des Diabetischen Makulaödems (DMÖ), Makulaödem nach retinalem Venenverschluss (RVV), Choroidaler Neovaskularisation (CNV), proliferativer diabetischer Retinopathie (PDR) sowie akuter posteriorer Uveitis sichergestellt werden.

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes. Welche Leistungserbringer an dieser Versorgung teilnehmen, können Sie beim VoA (Vereinigung operierender Augenärzte) oder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) erfahren.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der jeweiligen BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die jeweilige BKK. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die jeweilige BKK Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Versorgung gebunden sind. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die jeweilige BKK behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen BKK überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt. Sie erklären sich mit der Teilnahmeerklärung damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über Ihre Person und Ihre Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen der Teilnahme zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde Ihnen ausgehändigt.

Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Sie sind darüber informiert, dass die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten, Diagnosen, Versichertennummer und Kontaktdaten von Ihrem einschreibenden Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die jeweilige BKK die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, die KV Nordrhein und die jeweilige BKK einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die BKK behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI (Sozialgesetzbuch - viertes - fünftes, - elftes Buch)) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen.

Sie sind darüber informiert, dass Sie die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer BKK überwacht. Bei Fragen wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer BKK. Kontaktdaten finden Sie auf der Homepage der jeweiligen BKK.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden:

Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30 in 53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm.



Teilnahmeerklärung Patient

Vertrag zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels IVOM mit den Betriebskrankenkassen (Anlage 2c)

↑ [Versicherteninformationen drucken!](#) ↑

An dem o.g. Vertrag möchte ich teilnehmen:

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser Versorgung und meine Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der gewünschten Medikamente (inkl. „off-label-use“) informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.
- ich über Nachfolgendes informiert wurde:
Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt 2 Wochen zum Quartalsende. Eine Kündigung ist erstmals nach 12 Monaten Teilnahme an der Versorgung möglich.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der jeweiligen BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die jeweilige BKK.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die jeweilige BKK mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss. ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z.B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei der Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein.

- Die Versicherteninformation habe ich heute erhalten.
- Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich heute erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.

- Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

5. Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Meine Widerrufserklärung kann ich an meine jeweilige BKK richten.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

T T M M J J J J

--

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

T T M M J J J J

--

LANR / BSNR

--

Stempel, Unterschrift des Arztes