

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



Bitte schicken Sie das Original an:
KNAPPSCHAFT Dez. VIII.3
 Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum
 oder **Fax: 0234 / 304-87388**

Ambulante Versorgung mit dem Oncotype DX Brustkrebstest

Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung der/des Versicherten

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der KNAPPSCHAFT versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags zwischen GENOMIC HEALTH INC. und meiner Krankenkasse nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte in Anspruch zu nehmen. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Das Ende der Versicherung bei der KNAPPSCHAFT beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistung oder mit der Beendigung des Vertrages.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten mit dem Oncotype DX Brustkrebstest. Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Belehrung über Widerrufsrecht

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist in Textform oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT zu erklären. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Mache ich keinen Gebrauch von meinem Widerrufsrecht, bin ich nach Ablauf der Frist an meine Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige meine Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel des Arztes

Unterschrift

Einverständnis zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten an die KNAPPSCHAFT zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die KNAPPSCHAFT darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung ausgesprochen wird.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die KNAPPSCHAFT übermitteln.

Ist eine Prüfung durch den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der KNAPPSCHAFT veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

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

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die Daten aus meiner Teilnahme am Vertrag der KNAPPSCHAFT und Genomic Health in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt werden, so dass sie keinen Rückschluss auf mich zulassen. Diese anonymisierten Daten können KNAPPSCHAFT und Genomic Health uneingeschränkt weiterverwenden.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Einverständniserklärung zum Datenschutz