

Angaben zum Kind:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Sehschule – Teilnahme- und Einwilligungserklärung – Anlage 2a

Behandlung der Amblyopie mittels einer ergänzenden webbasierten Stimulationstherapie (Caterna)

Erklärung zur Teilnahme an der Caterna Online-Sehschule „Caterna“

1. Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind bei der KNAPPSCHAFT versichert ist und an dem Vertrag zur ergänzenden Amblyopie-Behandlung mittels einer webbasierten Stimulationstherapie (Online-Sehschule „Caterna“) teilnimmt. Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte habe ich mich mittels der mir zur Verfügung gestellten Unterlagen informiert. Die Versicherteninformation (Anlage 2c) und die Information zum Datenschutz (Anlage 2b) wurden mir zur Verfügung gestellt, ich habe sie gelesen und verstanden.

Ich bin mir bewusst, dass sämtliche, für diese Versorgungsform erforderliche technische Ausstattung (vgl. Anlage 2c), die für den Zugang und die Nutzung von „Caterna“ notwendig ist, als Voraussetzung für mein Kind vorhanden sein muss. Diese ist damit nicht Bestandteil der Besonderen Versorgung, ggf. hierfür entstehende Kosten können von der KNAPPSCHAFT nicht getragen werden.

Die Teilnahme an „Caterna“ ist **freiwillig**.

Ich bin bereit, „Caterna“ regelmäßig zu nutzen. Während der Teilnahme an der besonderen Versorgung, werde ich mein Kind bei der Therapie begleiten und es zum „Dranbleiben“ motivieren.

Damit „Caterna“ für Ihr Kind eingestellt werden kann, benötigt die Caterna Vision GmbH folgende Informationen:

Für die Grundeinstellung:

Bei meinem Kind liegt eine Amblyopie am rechten Auge / linken Auge vor, die augenärztlich durch eine Okklusionstherapie („Abkleben“ des anderen Auges) behandelt wird.

Bei meinem Kind liegt **keine** Epilepsie vor.

„Caterna“ soll beginnen:

- Mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.
- Zu einem späteren Zeitpunkt: _____

Wenn Sie eine individuelle Einstellung auf die Werte Ihres Kindes wünschen, sind hierfür zusätzlich folgende Angaben erforderlich, die sie bei Bedarf beim behandelnden Augenarzt erfragen können:

		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen				
Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	<input type="checkbox"/> Nahvisus (Winkelminuten)	<input type="checkbox"/> Fernvisus (Winkelminuten)	sph	cyl	Ax
RA						
LA						

Falls Sie diese Tabelle nicht ausfüllen, wird Caterna auf „Standardwerte“ eingestellt.

2. Vertragliche Bindung

Die Teilnahme beginnt frühestens mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung zur Teilnahme und endet nach 90 Tagen. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung besteht zwei Wochen lang die Möglichkeit die Teilnahme zu widerrufen (vgl. Regelung in Ziffer 5). Danach bin ich bzw. mein Kind für die Dauer des Versorgungsprogramms an den Vertrag gebunden.

Das Recht zur jederzeitigen außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (z. B. bei Wohnortwechsel) bleibt unberührt.

Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der KNAPPSCHAFT zu erfolgen. Im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe in dem Schreiben zu benennen.

3. Beendigung der Teilnahme

Im Übrigen endet die Vertragsteilnahme

- mit Ende der Versicherung bei der KNAPPSCHAFT,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen,
- oder bei Beendigung dieses Vertrages.

4. Information und Folgen bei Pflichtverstößen

Komme ich meinen vorgenannten Mitwirkungspflichten im Sinne der Nutzung / Therapie nicht nach, kann ich bzw. mein Kind von der Teilnahme aus dem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

5. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen dieses Vertrages (Caterna Online Sehschule) vergütet werden.

6. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten meines Kindes

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am und zur Durchführung des Vertrages „Caterna“ zwingend erforderlich ist, meine bzw. Daten meines Kindes zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben.

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der beigefügten Anlage 2b (Versicherteninformation zur Datenverarbeitung und Datenschutz) entnommen und ich bin damit verstanden.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich einverstanden, dass eine Kopie dieser Teilnahmeerklärung an die Caterna Vision GmbH geschickt wird, damit die webbasierte Stimulationstherapie für mein Kind eingestellt werden kann.

Zudem stimme ich zu, dass die Caterna Vision GmbH mir einen Link zu „Caterna“ per E-Mail schickt, von der aus ich auf meine Zugangsdaten zugreifen kann. Dazu ist die Angabe meiner Email Adresse erforderlich.

Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. B. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Mir ist bekannt, dass ich eine erteilte Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen **widerrufen** kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Der Widerruf meiner Einwilligung führt jedoch dann dazu, dass eine **Teilnahme** an der Versorgung mit der Stimulationstherapie **nicht länger möglich** ist.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an „Caterna“ und willige gleichzeitig in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personengebundenen Daten ein.

Ich stimme zu, dass für die Teilnahme, zur Erstellung der patientenindividuellen Stimulation, zur Ergebnismessung und Qualitätssicherung und zum Zwecke der Abrechnung meine Daten zwischen den Vertragspartnern weiter gegeben werden dürfen.

Ich stimme zu, dass meine Daten ggfs. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an ein wissenschaftliches Institut anonymisiert weiter gegeben werden dürfen.

Bitte **schicken Sie diese Teilnahmeerklärung** an folgende Adresse:

KNAPPSCHAFT
Fachteam Abrechnungs- und Vertragsdienstleistungen
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Telefonnummer: _____

Email: _____