

# prosper | pro GESUND

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

FAX AN 0234/97838-90086

KNAPPSCHAFT

Kranken- und Pflegeversicherung

45095 Essen

Bitte für jedes Familienmitglied eine separate Erklärung ausfüllen!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (entnehmen Sie Ihrer Gesundheitskarte)

Straße

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer für Rückfragen (Angabe ist freiwillig)

Vor- und Zuname des prosper-/progesund-Hausarztes, Ort

**Ja, ich möchte vertragsmäßig an prosper | pro GESUND teilnehmen!**

Die Hinweise auf der Rückseite dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich gelesen.

Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten im umseitig genannten Umfang zu.

Ich weiß, dass die Teilnahme an prosper/proGesund freiwillig ist und mit dem Monatsersten des Quartals nach Eingang der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der KNAPPSCHAFT beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Quartal jederzeit fristlos und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der KNAPPSCHAFT gekündigt werden.

Bitte das heutige Datum  
(tt mm jjjj) eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. des  
gesetzlichen Vertreters

### Widerrufsrecht

Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich (KNAPPSCHAFT, Dezernat für Gesundheitsnetze prosper/proGesund und Knappschaftsärzte, 44781 Bochum) oder zur Niederschrift bei einer Dienststelle der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT.

Praxisstempel des Netz-Hausarztes

# prosper | pro GESUND

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- Durchschrift für Ihre Unterlagen -

Bitte für jedes Familienmitglied eine separate Erklärung ausfüllen!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (entnehmen Sie Ihrer Gesundheitskarte)

Straße

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer für Rückfragen (Angabe ist freiwillig)

Vor- und Zuname des prosper-/progesund-Hausarztes, Ort

**Ja, ich möchte vertragsmäßig an prosper | pro GESUND teilnehmen!**

Die Hinweise auf der Rückseite dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich gelesen.

Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten im umseitig genannten Umfang zu.

Ich weiß, dass die Teilnahme an prosper/proGesund freiwillig ist und mit dem Monatsersten des Quartals nach Eingang der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der KNAPPSCHAFT beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Quartal jederzeit fristlos und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der KNAPPSCHAFT gekündigt werden.

Bitte das heutige Datum  
(tt mm jjjj) eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. des  
gesetzlichen Vertreters

### Widerrufsrecht

Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich (KNAPPSCHAFT, Dezernat für Gesundheitsnetze prosper/proGesund und Knappschaftsärzte, 44781 Bochum) oder zur Niederschrift bei einer Dienststelle der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT.

Praxisstempel des Netz-Hausarztes

### Inhalte und Ziele von prosper/proGesund

prosper/proGesund ist ein integriertes Versorgungsmodell, das eine qualitativ hochwertige und gut abgestimmte Behandlung gewährleistet. Hierzu arbeiten die beteiligten Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser zum Wohle des Patienten eng zusammen.

### Rechte und Pflichten der Teilnehmer

Mitglieder der knappschaftlichen Krankenversicherung und deren familienversicherte Angehörige erhalten eine jährliche Prämienzahlung von der KNAPPSCHAFT, wenn sie vertragsgemäß an prosper/proGesund teilnehmen. Vertragsgemäßes Verhalten bedeutet:

<i>Falls hausärztliche Leistungen benötigt werden:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Nutzen Sie Hausärzte, die an Ihrem prosper-/proGesund-Netz teilnehmen.</li><li>· Gehen Sie innerhalb eines Quartals nicht zu mehreren Hausärzten.</li></ul>
<i>Falls kinderärztliche Leistungen benötigt werden:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Nutzen Sie – sofern vorhanden – Kinderärzte, die an Ihrem prosper-/proGesund Netz teilnehmen. Eine Überweisung ist hierfür nicht erforderlich.</li></ul>
<i>Falls fachärztliche Leistungen benötigt werden:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Lassen Sie sich von Ärzten der benötigten Fachrichtung behandeln, die an Ihrem prosper/proGesund-Netz teilnehmen.</li><li>· Ist grundsätzlich eine Überweisung Ihres Netzhaus- bzw. Netzkinderarztes erforderlich. Ausnahme: Frauen- und Augenärzte können Sie ohne Überweisung aufsuchen.</li></ul>
<i>Falls eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Lassen Sie sich in ein prosper-/proGesund-Netzkrankenhaus Ihres Netzes einweisen, soweit die benötigte Fachabteilung dort vorhanden ist.</li></ul>
<i>Verwendung der prosper-/proGesund-Patientenmappe</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Sofern Ihr Netzarzt/Ihr Netzkrankenhaus die für die weiterbehandelnde Stelle erforderlichen Dokumente (z. B. Berichte über erfolgte Voruntersuchungen, vorliegende Diagnosen, Krankenhausentlassungsbericht) nicht auf anderem Wege weiterleitet, lassen Sie sich die Unterlagen bitte aushändigen und nutzen die prosper-/proGesund-Patientenmappe für die Weitergabe dieser Informationen.</li></ul>
<i>Welche Ärzte und Krankenhäuser aktuell an prosper/proGesund teilnehmen, erfahren Sie unter <a href="http://www.prosper-netz.de">www.prosper-netz.de</a> bzw. <a href="http://www.progesund-netz.de">www.progesund-netz.de</a> oder unserer kostenlosen Servicenummer 08000 200 507.</i>	

Die Nichtbeachtung dieser Regelungen führt zum Wegfall des Prämienanspruchs für das jeweilige Kalenderjahr. Versicherte, die sich auch nach entsprechender schriftlicher Aufforderung durch die KNAPPSCHAFT weiterhin nicht vertragsgemäß verhalten, können zudem von der weiteren Teilnahme an prosper/proGesund ausgeschlossen werden.

Ansonsten endet die Teilnahme

- mit Beendigung der Leistungspflicht der knappschaftlichen Krankenversicherung,
- mit dem schriftlich gegenüber der KNAPPSCHAFT erklärten Austritt aus der integrierten Versorgung (Kündigung),
- bei wirksamer Einschreibung in ein Programm zur hausarztzentrierten Versorgung,
- wenn der behandelnde Hausarzt kein Netzarzt mehr ist,
- mit Beendigung des prosper-/proGesund-Rahmenvertrages.

Näheres zur Prämie wird in § 66c der Satzung der KNAPPSCHAFT geregelt ([www.knappschaft.de](http://www.knappschaft.de)).

### Informationen zum Datenschutz

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen erhoben und verarbeitet.

Die von Ihnen in dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemachten Angaben werden von der KNAPPSCHAFT gespeichert, um Ihre Teilnahme an prosper/proGesund zu dokumentieren. Die Angabe Ihres behandelnden Hausarztes dient zusätzlich der Prüfung der Teilnahmeberechtigung, da nur knappschaftlich Versicherte an prosper/proGesund teilnehmen können, deren Hausarzt Netzarzt ist.

Darüber hinaus werden von der KNAPPSCHAFT aufgrund Ihrer Teilnahme an prosper/proGesund **keine** zusätzlichen Daten erhoben oder verarbeitet. Vielmehr wird für die Durchführung dieses Programms ausschließlich auf Daten zurückgegriffen, die der KNAPPSCHAFT als gesetzlicher Krankenkasse regulär vorliegen. Das sind personenbezogene Daten (z. B. Name, Adressdaten und Geburtsdatum) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten (z. B. zu Behandlungen, Verordnungen und Diagnosen), die nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches von den Leistungserbringern an die KNAPPSCHAFT übermittelt werden. Diese Daten werden im Rahmen von prosper/proGesund insbesondere genutzt, um Ihre Teilnahme zu ermöglichen, Ihren Prämienanspruch zu prüfen und die Erfolge der integrierten Versorgung feststellen zu können.

Im Falle einer Beendigung der Mitgliedschaft werden Ihre Daten unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht.