

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

## Teilnahmeerklärung

an der Vereinbarung zur Erhöhung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen durch eine besondere ambulante ärztliche Behandlung und Betreuung gem. § 73c SGB V ab 25.05.2018

Verteiler:

- Info an die AOK / Fax 0391 2878 44570
- Bestandteil der Patientendokumentation der Arztpraxis
- Ausfertigung Patient

### 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert bin.
- ich das Informationsblatt für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen ambulanten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Arzt (Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin oder ein zugelassener Hausarzt) ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK Sachsen-Anhalt.
- mein Arzt (Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin oder ein zugelassener Hausarzt) bei meiner Versorgung zusätzliche ärztliche Leistungen erbringt. Dies umfasst die Durchführung der Diagnostik und alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, inklusive der fachärztlichen Vor- und Nachbetreuung sowie ggf. die Überleitung zu anderen Ärzten gemäß Indikation.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Beendigung der Behandlung der kinderärztlichen Versorgung, der Kündigung des Vertrages/Teilnahme sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Im Fall der Heilung endet die Teilnahme am Betreuungsprogramm mit Beendigung der Behandlung automatisch, ggf. auch vor Ablauf der Bindungsfrist. Meinen gewählten Arzt (Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin oder ein zugelassener Hausarzt) kann ich jeweils zum Beginn eines neuen Quartals wechseln.

### 2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von meiner Krankenkasse und in der Versicherteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Integrierten Versorgung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt (Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin oder ein zugelassener Hausarzt) die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung des Vertrages sowie zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang mit der AOK Sachsen-Anhalt und anderen Vertragsärzten im Rahmen des Vertrages verarbeiten und nutzen darf.

- **Ich bin darüber belehrt worden, dass** sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile, eine Teilnahme an diesem Vertrag nicht möglich ist.
- Ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Eine weitere Teilnahme an diesem Vertrag ist dann nicht mehr möglich.

**Ja, ich möchte** an der Erbringung der besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen. **Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieses Vertrages einverstanden.**

- nur vom Versicherten (bzw. gesetzliche Vertreter) auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

- nur vom Arzt auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an der Behandlung gemäß dieser Vereinbarung erfüllt.

## Informationsblatt für Versicherte und deren gesetzliche Vertreter

Zur Teilnahme an der Vereinbarung zur Erhöhung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen durch eine besondere ambulante ärztliche Behandlung und Betreuung gem. § 73c SGB V zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

### Was beinhaltet die besondere ambulante ärztliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen?

Diese Art von medizinischer Versorgung optimiert im Allgemeinen die Zusammenarbeit zwischen dem gewählten Arzt (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder zugelassener Hausarzt) und dem jeweiligen Spezialisten (z.B. Schmerztherapeuten, Psychotherapeuten, Diabetologen etc.) und den Krankenkassen. Dies geschieht durch feste Kooperationsregeln und Qualitätsstandards. Mit diesem Behandlungsangebot wird Ihnen die Möglichkeit eröffnet, an der qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung ambulanter strukturierter Behandlungsabläufe für Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen teilzunehmen, um die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen rechtzeitig zu verhindern und eine normale körperliche wie seelische Entwicklung zu ermöglichen.

### Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt,
- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei denen ein Krankheitsbild gemäß der Vereinbarung zur besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen laut § 73c SGB V vorliegt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Vertrag und ihre Einwilligung zur zweckgebundenen Übermittlung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten im Rahmen des Vertrages.

Selbstverständlich **ist die Teilnahme** an diesem Versorgungsangebot **freiwillig und** für Sie **kostenlos**. Ihre Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und endet regelhaft mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Möchten Sie Ihre Teilnahme **widerrufen**, können Sie dies schriftlich oder zur Niederschrift **innerhalb von 2 Wochen ab Teilnahmebeginn** ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK tun. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK. Schicken Sie in diesem Fall Ihre schriftliche Erklärung an die AOK Sachsen-Anhalt, 33.11.4 KC Ärztliche Versorgung SBK, Böttcherstraße 4, in 39218 Schönebeck.

## **Informationsblatt zur Datenverarbeitung durch die AOK Sachsen-Anhalt im Rahmen Ihrer Teilnahme am Vertrag**

Die AOK Sachsen-Anhalt verarbeitet Ihre Daten im Rahmen der Aufgaben, welche sich aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) ergeben. Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus § 284 SGB V.

### **Datenkategorien und Datenherkunft:**

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

### **Empfänger:**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB oder anderer Rechtsvorschriften regelmäßig an - die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, den Leistungserbringer/Vertragsarzt -und die AOK Sachsen-Anhalt zum Zwecke der Abrechnung der Vertragsleistungen.

### **Dauer der Speicherung:**

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGBXI) nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB gespeichert und anschließend gelöscht.

### **Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung:**

Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht diese jederzeit mit **Wirkung für die Zukunft** zu widerrufen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/san/datenschutzrechte](http://aok.de/san/datenschutzrechte)

### **Verantwortlicher:**

AOK Sachsen-Anhalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg,  
Telefon-Nr. 0800/226 57 26,  
service@san.aok.de, www.san.aok.de

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden.

### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

AOK Sachsen-Anhalt  
Beauftragter für den Datenschutz  
39084 Magdeburg  
[datenschutz@san.aok.de](mailto:datenschutz@san.aok.de)

### **Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:**

Nach Art. 77 DS-GVO i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK Sachsen-Anhalt zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt  
Postfach 19 47  
39009 Magdeburg

---