

Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



### Anlage 3: Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

**Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung STEP.De zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung nach § 140a SGB V der \_\_\_\_\_ (Krankenkasse des Versicherten).**

**eGK, Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Vertragskennzeichen XXX**

#### I. Einwilligung in die Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich gegenüber der \_\_\_\_\_ (Krankenkasse), dass

- ich bei der \_\_\_\_\_ (Krankenkasse) versichert bin.
- ich an der Versorgung STEP.De zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung teilnehme.
- ich die **Versicherteninformation** zur Teilnahme an STEP.De insbesondere über meine Rechte und Pflichten gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.
- ich meine Angaben (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer) vollständig und richtig angegeben habe.

#### II. Einwilligung in die Therapeutenbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

#### III. Vertragliche Bindung

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der Versorgung STEP.De freiwillig und für mich kostenfrei ist und mit dem Tag der Unterzeichnung bzw. der elektronischen Abgabe meiner Teilnahmeerklärung und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Widerrufsfrist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, mit Wirkung für die Zukunft, außerordentlich gekündigt werden. Dabei ist das Datum, an welchem meine Kündigung der [PARTNERKASSE] zugeht, maßgebend. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung der Teilnahme kann vorliegen, wenn z.B. das Zutrauen in die Informationsvermittlung bzw. die Informationsinhalte zur individuellen Unterstützung nicht mehr gegeben ist. Die Kündigung ist in Textform an die [PARTNERKASSE] zu senden.
- ich die Teilnahme an der Versorgung STEP.De innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe **widerrufen** kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf ist in Schrift- oder Textform an die [PARTNERKASSE] zu senden oder kann direkt Vorort bei meiner [PARTNERKASSE] erklärt werden.
- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet,
  - mit dem Abschlussassessment bzw. nach i.d.R. 6 Monaten.
  - mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse.

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
- mit dem Widerruf meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung.
- mit dem Widerruf meiner Teilnahmeerklärung
- sofern ich meinen Mitwirkungspflichten im Sinne der Nutzung nicht nachkomme,
- die Teilnahmevoraussetzungen entfallen sind bzw. sich Ausschlussgründe ergeben haben

Zur Qualitätsverbesserung dieser besonderen Versorgung, können nach Abschluss der besonderen Versorgung ggf. Versichertenbefragungen durchgeführt werden.

#### Information und Folgen bei Pflichtverstößen

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten im Rahmen der besonderen Versorgung auch nach wiederholter Rücksprache nicht nach, kann meine Krankenkasse mich von der Teilnahme aus dem Leistungsangebot ausschließen.

#### Widerrufsrechtsbelehrung

**Meine Teilnahme ist freiwillig und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Schrift- oder Textform gegenüber meiner Krankenkasse oder auch direkt Vorort bei meiner Krankenkasse widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die [PARTNERKASSE]. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

#### Einwilligungserklärung Teilnahme

- Ja, ich möchte an der Besonderen Versorgung STEP.De zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung gemäß § 140a Abs. 4a SGB V teilnehmen.
- Ja, ich habe die **Versicherteninformation** zur Teilnahme an der Versorgung STEP.De, insbesondere über meine Rechte und Pflichten gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden.

#### Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen und

#### Schweigepflichtentbindungserklärung gem. §§ 140a Abs. 5, § 284 SGB V, § 67ff SGB X bzw.

#### Art. 6 Abs.1 a) u. 7 DSGVO.

- Die Ziele, den Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege, einschließlich der Beteiligten, habe ich der zuvor angezeigten **Versicherteninformation** entnommen.
- Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der **Versicherteninformation** erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieses Leistungsangebotes, im Rahmen der Teilnahme einverstanden.
- Ich wurde über die Inhalte des Leistungsangebotes, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der Versorgung STEP.De erhobenen und erfassten Daten (diese finden Sie in der **Versicherteninformation**) zum Zwecke der Abrechnung durch die IVM Plus Versorgungsmanagement GmbH, an die \_\_\_\_\_ (Krankenkasse) übermittelt werden dürfen.
- Die IVM Plus darf meine **Teilnahmeerklärung und meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung** archivieren und an die \_\_\_\_\_ (Krankenkasse) übermitteln.
- 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, Qualitätssicherung und

kontinuierlichen Produktverbesserung ein.

Mir wurde die Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz zur Verfügung gestellt, in der u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. Ich habe sie sorgfältig gelesen. Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Besonderen Versorgung bin ich einverstanden.

Meine Einwilligung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann jederzeit, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen, von mir widerrufen werden. Aufgrund meines Widerrufs wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten berührt. Meine Einwilligung zu dieser Verwendung meiner Daten kann ich jederzeit durch formlose Erklärung, z.B. per Telefon, E-Mail oder Brief, gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, sondern ich werde als Versicherter weiterhin so gut betreut wie zuvor. Lediglich die weitere Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich und meine Teilnahme wird beendet. Im Falle eines Widerrufs werden Bestandsdaten bzw. bereits übertragene Daten nicht sofort gelöscht, sondern, wie oben beschrieben, erst gelöscht, sobald sie weder für die Abrechnung benötigt werden und keine andere Aufbewahrungspflichten mehr bestehen.

#### Einwilligungserklärung Datenschutz

- Ja, ich habe die Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz sorgfältig gelesen, in der u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Besonderen Versorgung bin ich einverstanden.
- Optional:** Ja, ich möchte mit Hilfe meiner Daten die wissenschaftliche Begleitung unterstützen, um mit Hilfe dieser die Versorgung für Betroffene psychischer Erkrankungen zu verbessern. Diese Einwilligung ist freiwillig, für die Durchführung der besonderen Versorgung nicht erforderlich und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich möchte die Leistungen des o.g. Versorgungsvertrages zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Sorgberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten \*

\* Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten / sorgberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt

#### **Bestätigung des Psychotherapeuten vom teilnehmenden Psychotherapeuten auszufüllen**

Ich bestätige, dass ich für den/die Versicherte/-n, die sich aus dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/-n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe. Zudem verpflichte ich mich zur zweifachen Übermittlung des Dokumentationsbogen Eingang-/Abschlussassessment (Anlage 8b) in elektronischer Form über das Online-Portal der IVM Plus. Ich stimme zu, den Dokumentationsbogen Eingang-/Abschlussassessment (Anlage 8b) aus dem Online-Portal der IVM Plus zu entnehmen und nach dem Eingangs- sowie Abschlussassessments ausgefüllt in dem Online-Portal zu hinterlegen, sodass eine Übermittlung zur Krankenkasse gewährleistet werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift des Leistungserbringers