

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

Teilnahme und Einwilligungserklärung des Versicherten

Vertrag STEP über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

I. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe und endet grundsätzlich mit dem psychotherapeutischen Nachsorgegespräch bzw. der letzten Sitzung der Psychotherapie am Ende der Besonderen Versorgung. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse.
- Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit gegenüber der Krankenkasse außerordentlich schriftlich oder elektronisch mit Angabe eines Grundes gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Therapeuten-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

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. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- 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. Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich möchte an dem Vertrag STEP über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung teilnehmen.
- mir wurde eine Patienteninformation zu dem Versorgungsangebot vor Teilnahmebeginn ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Sporttherapeutischen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ vor Teilnahmebeginn erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden. Mir ist bekannt, dass bei einer Kündigung der Teilnahme nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt ist. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß den dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.
- ich hiermit den Leistungserbringern bzw. der Krankenkasse die Kontaktaufnahme erlaube, soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird.

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 / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten *

* Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten / sorgeberechtigten 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 Arztes/Psychotherapeuten vom teilnehmenden Arzt/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

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag STEP über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung mit der CONVEMA GmbH geschlossen.

Teilnahmeerklärung

Meine Teilnahme ist freiwillig. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Besondere Versorgung kommt lediglich zwischen mir und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten sowie Sport- und Psychotherapeuten zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an der Besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

Kann ich meine Teilnahmeerklärung zurücknehmen?

Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Therapeuten in Anspruch zu nehmen, die an der Besonderen Versorgung zur Umsetzung einer sport- und psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. **Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für mich freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse von mir widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse mir eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse genügt zur Fristwahrung.** Durch meinen Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der Besonderen Versorgung kann ich dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit gegenüber der Krankenkasse außerordentlich schriftlich oder elektronisch mit Angabe eines Grundes gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

Welche Daten werden für die Zwecke der besonderen Versorgung erfasst?

Im Rahmen der besonderen Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von mir erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und meiner Krankenkasse (nur Teilnehmerdaten für Abrechnung und Ein- und Ausschreibung) sowie ggf. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für meine Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer gemäß § 295a SGB V seine Daten an die mit der Vertragsabwicklung beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt meine Krankenkasse die Vergütung an die Managementgesellschaft CONVEMA GmbH aus.

Anlage 6a: Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz zum Vertrag STEP über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

Die an der besonderen Versorgung beteiligten Ärzte sowie Psycho- und Sporttherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Besonderen Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf mein behandelnder Arzt mich betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit meiner Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung meiner Teilnahme oder bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag.

Kann ich meine Einwilligung zur Nutzung und Speicherung meiner Daten widerrufen?

Ich habe das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Auf gleichem Wege kann ich eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Durch den Widerruf meiner Einverständniserklärung scheide ich aus dem Programm aus. Kontaktadresse für die Rücknahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind die üblichen Kontaktdaten meiner Krankenkasse.

Welche Rechte habe ich in Bezug auf meine Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Bei Fragen wenden Sie sich an die / den Datenschutzbeauftragte(n) Ihrer Krankenkasse (siehe hierzu auch „Wo erhalte ich Auskünfte zum Datenschutz?“)

Wo erhalte ich Auskünfte zum Datenschutz?

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die/ den Datenschutzbeauftragte(n) Ihrer Krankenkasse und an den Datenschutzbeauftragten der Managementgesellschaft „CONVEMA GmbH“ wenden. Die relevanten Kontaktdaten der/ des zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie der nachfolgenden Übersicht entnehmen.

Bei welcher Datenschutz-Aufsichtsbehörde kann ich mich im Bedarfsfall beschweren?

Beschwerden hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die für Ihre Krankenkasse zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde richten. Die relevanten Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz-Beschwerden können Sie, jeweils bezogen auf Ihre Krankenkasse, ebenfalls der nachfolgenden Übersicht entnehmen.