

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

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**  
KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover

**Vertrags-Kennzeichen:**  
**121522KK005**

## **Besondere Versorgung**

### **Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung**

**Vertrag gemäß § 140a SGB V zur**  
*zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der trockenen*  
*Makuladegeneration*  
*nach § 140a SGB V*

#### **I. Teilnahmeerklärung**

##### **1. Teilnahme an der besonderen Versorgung**

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Augenärzte aufgeklärt und habe hierzu schriftliche Informationen erhalten. Mit der Behandlung durch die an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Ich bin mit den geschilderten Abläufen und Bedingungen dieser Versorgung einverstanden, so wie sie in der beigefügten Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot beschrieben sind.

**Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe bei der KKH ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Die Frist für den Widerruf beginnt, wenn ich von der KKH eine schriftliche oder elektronische Belehrung über mein Widerrufsrecht erhalten habe, jedoch frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der beigefügten Versicherteninformation. Durch den Widerruf meiner Teilnahmeerklärung wird meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung rückwirkend beendet.**

##### **2. Kündigung und Beendigung der weiteren Teilnahme**

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit meiner Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung meiner Teilnahme sind wie folgt geregelt:

- Mit seiner Unterschrift bindet sich der Versicherte für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Die Teilnahme verlängert sich automatisch am Ende eines Teilnahmejahres um ein weiteres Jahr, sofern diese nicht vom Versicherten gekündigt wird und die Teilnahmevoraussetzungen weiter erfüllt sind. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der KKH kündigen, sofern sich aus den Anlagen nichts Abweichendes ergibt. Der Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der KKH außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
- Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus
  - o mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung nach Abs. 1
  - o mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V

Außerhalb der vorgesehenen Kündigungsfristen kann ich meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund außerordentlich kündigen. In diesem Fall wird meine Teilnahme mit sofortiger Wirkung beendet. Ein solcher wichtiger Grund liegt z. B. in folgenden Fällen vor:

- Mein Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden.
- Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer ist nachhaltig gestört.
- Ich kann einen an dieser Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels, nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Der Widerruf meiner Teilnahmeerklärung oder die Kündigung meiner Teilnahme hat zur Folge, dass ich nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Darüber hinaus entstehen für mich jedoch keine Nachteile und ich werde in allen Angelegenheiten von meiner KKH weiterhin so gut betreut wie zuvor.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

### **3. Bindung während der Teilnahmezeit**

Während der Teilnahmezeit an diesem Vertrag bin ich für die Behandlung meiner Erkrankung bis zum Behandlungsende an die teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Behandlungserfolg durch eine aktive Mitwirkung selbst steuern kann. Sofern ich zu der erforderlichen Mitwirkung an der Therapie nicht bereit bin oder zur Behandlung meiner Erkrankung ohne Absprache ärztliche Leistungserbringer außerhalb dieser Versorgung in Anspruch nehme, kann ich von der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, kann ich ggf. auch mit Mehrkosten belastet werden, die hierdurch entstehen. Ansonsten ist die reguläre Teilnahme für mich kostenfrei und wird mir von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Für meine sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich meine Ärzte weiterhin frei wählen. Auch liegt eine unberechtigte Inanspruchnahme von weiteren Leistungserbringern außerhalb dieser Versorgung nicht vor, wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige oder durch den teilnehmenden Leistungserbringer an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werde.

### **II. Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung**

Ich habe mit der beigefügten Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine personenbezogenen Daten für die Durchführung dieser Versorgung verarbeitet werden. Diese Information habe ich zur Kenntnis genommen, bin mit den dort beschriebenen Abläufen einverstanden und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im geschilderten erforderlichen Umfang ein.

**Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung in die beschriebene Verarbeitung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot, da den beteiligten Stellen die Durchführung dieser Versorgung ansonsten nicht möglich wäre. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Eingang meines Widerrufs nicht berührt.**

Auch durch den Widerruf meiner Einwilligung in die Datenverarbeitung entstehen mir keine sonstigen Nachteile. Die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der Regelversorgung kann ich weiterhin in Anspruch nehmen.

Ich habe jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die dort über mich verarbeiteten personenbezogenen Daten einzusehen, abzurufen sowie die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung oder Löschung zu verlangen. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, so dass die Daten regelmäßig gelöscht werden, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenversicherung nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch nach 10 Jahren. Die näheren Informationen zum Datenschutz und zu meinen Rechten ergeben sich aus der beigefügten Versicherteninformation.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten oder der gesetzlichen Vertretungsperson

### Vom einschreibenden Leistungserbringer auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum

Unterschrift, Stempel

## Versicherteninformation

### 1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ihr Augenarzt übermittelt Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung schriftlich oder elektronisch an Ihre KKH. Eine etwaige Kündigungserklärung senden Sie bitte schriftlich oder elektronisch an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle, unter Einhaltung der Kündigungsfristen oder außerordentlich aus wichtigem Grund, sowie für einen etwaigen Widerruf Ihrer datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

### 2. Informationen zum Datenschutz

#### **Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass die am Vertrag beteiligten Stellen, die von diesen jeweils benötigten personenbezogenen Daten von Ihnen erheben und verarbeiten. Hierbei handelt es sich um Stammdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn und -ende, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten, die zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gehören (Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert in Euro, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach der internationalen Klassifikation: ICD-10).

Die Datenverarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, nachdem Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist, da die beteiligten Stellen diese Daten für die Durchführung der Versorgung im erforderlichen Umfang verarbeiten müssen.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchst. a und b sowie Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO in Verbindung mit §§ 140a, 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 sowie 295, 295a SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die einzelnen Verarbeitungstätigkeiten und ihre Zwecke werden nachfolgend beschrieben.

#### **a) Verarbeitung personenbezogener Daten zur medizinischen Dokumentation / Gesundheitsdaten**

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer Befunddaten und Therapieempfehlungen von Ihnen und speichern diese elektronisch in dem genutzten, praxisinternen System. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, diese während der weiteren Behandlung zu Behandlungszwecken zu nutzen. Dabei unterliegen alle beteiligten Leistungserbringer der beruflichen Schweigepflicht.

Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

### **b) Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung**

Die Leistungserbringer übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung eingelesen, geprüft und gespeichert. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

### **c) Verarbeitung personenbezogener Daten für Abrechnungszwecke**

Der Leistungserbringer übermittelt die Daten zu Ihrer Behandlung zu Abrechnungszwecken an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart), um eine Vergütung für die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen zu erhalten. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die KVBW einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

### **d) Abschließende Datenschutzhinweise**

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Hauptverwaltung Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten verarbeitet werden. Sie haben nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten Auskunft über Ihre dort verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 15 DSGVO) und bei Erfordernis die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie Übertragung der Daten (Art. 20 DSGVO) zu verlangen. Darüber hinaus haben Sie in besonderen Fällen ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO). Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Aufgrund Ihrer zuvor abgegebenen Einwilligung bleibt die bereits erfolgte Verarbeitung bis zum Eingang Ihres Widerrufs rechtmäßig (Art. 7 DSGVO).

Nach Beendigung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung (z. B. im Falle von Widerruf oder Kündigung oder nach regulärem Abschluss der Versorgung) werden Ihre aus diesem Vertrag erhobenen und gespeicherten Daten von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens jedoch 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die Fristen ergeben sich aus den für die Krankenkassen geltenden Bestimmungen, z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V und den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV). Eine darüber hinausgehende Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die für diesen Vertrag erhoben und gespeichert worden sind, erfolgt nach Ihrem Ausscheiden aus dieser Versorgung nicht mehr.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf oder Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: [service@kkh.de](mailto:service@kkh.de).

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei Ihrer KKH erhalten Sie auf unserer Internetseite unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz). Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Soweit Sie Zweifel daran haben, dass die KKH Ihre personenbezogenen Daten rechtmäßig verarbeitet, haben Sie das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht der KKH zu beschweren. Zuständig ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de).

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.