

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

Alles Gute.

**KVBW**

**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



## Vereinbarung nach §140a SGB V über die Durchführung einer ergänzenden Hautkrebsvorsorge

### Teilnahmeerklärung am Vertrag zur besonderen Versorgung Hautkrebs- Screening und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

- Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des oben genannten besonderen Versorgungsvertrages. Der Inhalt dieses Vertrages wurde mir ausführlich und verständlich erläutert.

#### Zu den Leistungserbringern dieses Versorgungsvertrages gehören:

- Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten

#### Weitere beteiligte Stellen sind:

- Ihre SVLFG
- Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über den Behandlungsprozess nach diesem Vertrag durch meinen behandelnden Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin informiert wurde.

#### Ich wurde informiert, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist.
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der SVLFG der Ausschluss aus diesem Vertrag erfolgt.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt und ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für zwei Jahre an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit aus wichtigem Grund gegenüber der SVLFG kündigen kann. Wichtige Gründe sind beispielweise ein Wohnortwechsel oder eine nachhaltige Störung des Behandlungsverhältnisses.
- ich mich verpflichte, Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen ausschließlich bei teilnehmenden Vertragsärzten/Vertragsärztinnen durchführen zu lassen und andere Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch genommen werden können und ein Verstoß gegen diese Vorgaben zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch die SVLFG führen kann.
- **ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SVLFG ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SVLFG. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die SVLFG dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

**Ich stimme zu, dass**

der Facharzt bzw. die Fachärztin sich mit meinem Hausarzt bzw. meiner Hausärztin über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauscht. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte und Ärztinnen von Ihrer Schweigepflicht.

**Ja**, ich möchte an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung teilnehmen.

**Ja**, ich wurde von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich die Versicherteninformation zum Datenschutz und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten habe und mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenübermittlung freiwillig erkläre und jederzeit widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht (weiter) an der Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters