

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

- bei Abschluss der Behandlungsvereinbarung -

nach § 8 Abs. 3 bis 5 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Angaben zum/r Patienten/in:

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Ich bin darüber informiert worden, dass nach § 8 Abs. 3 bis 5 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ für die Sicherung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung die Übermittlung von personenbezogenen medizinischen Daten an eine Qualitätssicherungskommission in den nachfolgend genannten Fällen erforderlich ist. Die Qualitätssicherungskommission wird nach § 8 Abs. 1 der Anlage A Nr. 2 der BUB-Richtlinien gebildet und ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eingerichtet.

Die Datenübermittlung an die Qualitätssicherungskommission erfolgt

- im Rahmen von vierteljährlichen Stichproben im Umfang von 2 % der Behandlungsfälle auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 8 Abs. 3 der Anlage A Nr. 2 der BUB-Richtlinien),
- zur Prüfung einzelner Ärzte nach Beschluss und auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 8 Abs. 3 der Anlage A Nr. 2 der BUB-Richtlinien),

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin

- der Qualitätssicherungskommission nach § 8 Abs. 3 – 5 der Anlage A Nr. 2 der BUB-Richtlinien bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen meinen Namen, meine Adresse und alle für die Indikation und Therapie der Substitutionsbehandlung sowie der ergänzenden medizinischen Maßnahmen erforderlichen Daten (patientenbezogene Dokumentation, umfassendes Therapiekonzept und Behandlungsdokumentation mit Zwischenergebnissen) mitteilt und dass
- die Daten von der Qualitätssicherungskommission zum Zwecke der Prüfung von Indikation und Qualität der Behandlungsmethode aufbewahrt und genutzt werden dürfen.

Für die o.g. Übermittlung von Daten entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutions-Behandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei der oben genannten Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei der oben genannten Stelle gelöscht.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung im oben genannten Umfang.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Ort / Datum

Unterschrift des/r Patienten/in