



Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Versorgungslandschaft Rheuma

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Techniker Krankenkasse (TK) versichert bin,
- an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehmen möchte,
- ausführlich und umfassend über die von der TK angebotene Versorgungslandschaft Rheuma informiert bin und mir eine Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- zuerst den Hausarzt und den teilnehmenden Rheumatologen nur auf Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt aufsuche.

Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma freiwillig ist.
- ich meine Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen gegenüber der TK kündigen kann.
- meine Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma endet bzw. beendet werden kann, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder durch Nichteinhalten der Teilnahmebedingungen Mehrkosten verursacht werden.
- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können; die Teilnahme an einer Befragung ist freiwillig.
- meine für den Vertrag erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der Versorgungslandschaft Rheuma gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax, E-Mail etc.) oder zur Niederschrift bei der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die TK. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt der vorliegenden Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation für die TK-Versorgungslandschaft Rheuma vertraut gemacht. Mit den beschriebenen Inhalten zu meiner Teilnahme an der TK-Versorgungslandschaft Rheuma bin ich einverstanden. Die Patienteninformation für die TK Versorgungslandschaft Rheuma wurde mir ausgehändigt.

Ja, ich möchte an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehmen.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma nicht möglich. Dann ändert sich an Ihrer bisherigen Versorgung nichts. Sie werden zu den bisherigen Konditionen weiterbehandelt.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bitte wenden →

Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme:

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Ich willige ein, dass

- im Rahmen der Versorgungslandschaft Rheuma meine mich in diesem Vertrag behandelnden Ärzte die der Teilnahme und Behandlung dienlichen Informationen austauschen dürfen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen, nur soweit entbinde ich meine mich in der Versorgungslandschaft betreuenden Ärzte von der Schweigepflicht.
- die mich in diesem Vertrag behandelnden Ärzte über ein Ende meiner Teilnahme informiert werden.
- im Datenbestand der TK und der an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der Versorgungslandschaft Rheuma teilnehme.
- mein Arzt meinen Einschreibebefehl über die Versorgungslandschaft Rheuma an das durch die Versorgungslandschaft Rheuma beauftragte Rechenzentrum und an die TK übermittelt.
- die TK vom Rechenzentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhält und verarbeitet. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Versorgungslandschaft Rheuma sind in der mir ausgehändigten Patienteninformation zum Datenschutz beschrieben.

Mir ist bekannt, dass ich meine datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, eine Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma dann aber nicht mehr möglich ist.

Ja, ich habe mich mit der in der Patienteninformation für die TK-Versorgungslandschaft Rheuma beschriebenen Datenverwendung vertraut gemacht. Mit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der TK-Versorgungslandschaft Rheuma bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der Versorgungslandschaft Rheuma nicht möglich. Dann ändert sich an Ihrer bisherigen Versorgung nichts. Sie werden zu den bisherigen Konditionen weiterbehandelt.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch behandelnden Arzt:

Bitte das heutige Datum eintragen

Arztstempel

Unterschrift des Arztes