

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahmeerklärung

& Einverständnis zur Datenverarbeitung

Besondere Versorgung endoluminale

Lasertherapie, Radiofrequenzablation

Arzt-Stempel / Unterschrift

1. Teilnahmeerklärung und zeitliche Bindung an Teilnahmeerklärung und Leistungserbringer

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme an der Besonderen Versorgung einverstanden bin und die vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehme. Die Inanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers oder des Notdienstes in Notfällen bleibt unberührt.
- ich ausführlich über die Inhalte und die Versorgungsziele **der Besonderen Versorgung** informiert wurde. Ich habe die Patienten-Information über die Besondere Versorgung erhalten und verstanden.

Mir ist bekannt, dass

- ich an meine Teilnahmeerklärung für die Dauer der Behandlung bis 14 Tage nach der durchgeführten Operation gebunden bin.
- ich während der Bindungsfrist meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden kann, z.B. aufgrund eines Umzugs, einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu meinem Leistungserbringer.
- meine Teilnahme automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung für mich freiwillig ist
- meine Teilnahme mit dem Tag meiner Einwilligung beginnt,
- ggf. eine Projektevaluation stattfindet,
- ggf. über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,

Ja, ich möchte an der Besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich bei **der AOK** widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung auch durch im Rahmen der Besonderen Versorgung berechnete Dritte (z.B. Abrechnungsdienstleister) ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch zwischen den im Rahmen der Besonderen Versorgung Beteiligten.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung ein.

4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und -verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus der Besonderen Versorgung führt, richten Sie bitte an **die AOK** mündlich, per E-Mail oder per Post.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und -verarbeitung erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. vertretungsberechtigte Person

Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz zur Besonderen Versorgung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

1. Was umfasst die Besondere Versorgung?

Die Besondere Versorgung endoluminale Lasertherapie, Radiofrequenzablation bietet Ihnen als Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, eine operative Versorgung variköser Veränderungen der Beinvenen auf höchstem Qualitätsniveau zu erhalten.

Näheres zur Besonderen Versorgung entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

Für die Besondere Versorgung werden sowohl personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum) als auch versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme Behandlungstag, Vergütungskennzeichen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10) an die AOK übermittelt.

3. Wer ist Empfänger Ihrer Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Im Rahmen der Besonderen Versorgung werden folgende Institutionen Ihre Daten verarbeiten:

- a. Leistungserbringer
- b. ggf. Abrechnungsdienstleister
- c. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (KDG, EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Auswerten). Die Erhebung, Verarbeitung und Auswertung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

II. Befundaustausch

Um für Sie eine gute Patientenversorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an der Besonderen Versorgung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen ausgetauscht werden. Sie können der Datenübermittlung jederzeit widersprechen.

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung an der Besonderen Versorgung.

1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 17 KDG bzw. Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 18 KDG bzw. Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 19 KDG bzw. Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 20 KDG bzw. Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 22 KDG bzw. Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 23 KDG bzw. Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft **jederzeit** zu widerrufen.

Sie erhalten **jederzeit** auf Wunsch eine unentgeltliche Kopie der bei uns gespeicherten Daten.

Weitere Informationen zu allen hier aufgelisteten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Verarbeitungseinschränkung, Datenübertragung und Widerspruch) und Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten, oder wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, erhalten Sie unter:

- www.aok.de/rps/datenschutzrechte

oder über den

- Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz, Postfach 30 40, 55020 Mainz, Telefon: (+49) (0)6131 8920-0, poststelle@datenschutz.rlp.de

2. Beschwerderecht bei der Datenaufsicht

Nach KDG bzw. DS-GVO i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Datenaufsicht lautet:

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz, E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

Besondere Versorgung endoluminale Lasertherapie, Radiofrequenzablation

Information für Patientinnen und Patienten zum Versorgungsprogramm

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Was ist die Besondere Versorgung?

Die Besondere Versorgung zur ambulanten ärztlichen Versorgung im Bereich der Venentherapie sorgt für eine flächendeckende ambulant ärztliche Versorgung sowie eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen für alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und unter einer symptomatischen Varikose leiden. Zu diesem Zweck ermöglicht Ihnen die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland den Zugang zu neuen Behandlungsmethoden.

Welchen Nutzen hat die Besondere Versorgung für mich als Versicherte / als Versicherten?

Eine seit Jahrzehnten verfügbare Behandlungsoption bei Beschwerden oder Komplikationen variköser Veränderungen der Beinvenen besteht in der oftmals stationär durchgeführten operativen Entfernung der betroffenen Venen („Stripping“, „Exhairese“). Bei den neueren Methoden einer „endoluminalen“ Therapie mit Laser- oder Radiofrequenztechnik werden die Krampfadern über einen in die Vene vorgeschobenen Katheter durch Hitze-Applikation verödet. Diese Verfahren belasten die Patienten weniger, führen zu verkürzten Heilungszeiten und können in der Regel ambulant durchgeführt werden.

Wie kann ich an der Besonderen Versorgung teilnehmen?

Nach Indikationsstellung und Überprüfung der Eignung für die Besondere Versorgung durch Ihren Facharzt oder Ihre Fachärztin für Gefäßchirurgie können Sie mit der Teilnahmeerklärung an der Besonderen Versorgung teilnehmen.

Kann ich meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung vorzeitig beenden?

Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich bereit, sich für die Dauer der Behandlung bis 14 Tage nach der durchgeführten Operation zu binden. Die Behandlung kann vorzeitig nur aus wichtigem Grund abgebrochen werden.

Innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach der Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung können Sie diese ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich bei **der AOK** widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, sobald Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt wurde, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, an **der Besonderen Versorgung** mitzuwirken,
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung

Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und für Sie kostenfrei.

Selbstverständlich entstehen Ihnen keine persönlichen Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen oder die Teilnahme beenden.