



# Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

## Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie am oben genannten Vertrag teilnehmen möchten. Hierzu möchten wir Sie nun näher über Ihre Teilnahme informieren.

### I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Nordost versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung beim behandelnden Arzt.
- **Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Nordost widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Nordost. Die Gesundheitskasse., Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an [versorgungsbetreuung@nordost.aok.de](mailto:versorgungsbetreuung@nordost.aok.de). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Nordost oder von ihr beauftragte Dritte Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung.**
- Die Einschreibung kann nur bei einem Arzt erfolgen.
- Die Behandlung nach diesem Vertrag kann nur bei teilnehmenden Vertragsärzten durchgeführt werden.
- Bei Nichtausübung des Widerrufsrechtes können Sie Ihre Teilnahme jederzeit durch formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Nordost beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Nordost. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK Nordost liegt, ist dieser Termin maßgebend.

**Ihre Teilnahme endet ferner:**

- wenn die Behandlung abgeschlossen ist,
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK Nordost,
- bei Beendigung dieses Vertrages.

### II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Arzt an die AOK Nordost weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand der AOK Nordost ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinischen Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und den Kooperationspartnern ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.
- die AOK Nordost vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK Nordost bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragsarzt und/oder weitere Vertragspartner darüber informiert.

**Was passiert bei der Evaluation?**

- Ärzte und Wissenschaftler, die an der Entwicklung dieses Programms beteiligt sind, möchten eine wissenschaftliche Auswertung durchführen - die Evaluation.
- Bei Ihrer Behandlung werden von den beteiligten Leistungserbringern Daten erhoben, die auch für die Evaluation benötigt werden. Hierfür sind unter anderem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht) und zum medizinischen Verlauf der Erkrankung (z. B. Notfälle) notwendig.
- Für die Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages und die Einwilligungen zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“ der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. **Der Widerruf ist zu richten an die AOK Nordost. Die Gesundheitskasse., Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an [versorgungsbetreuung@nordost.aok.de](mailto:versorgungsbetreuung@nordost.aok.de).** Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf der Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass meine Teilnahme am Vertrag endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“, der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

[aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://aok.de/nordost/datenschutzrechte)

**Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.**