

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK NordWest



Versand an: AOK NordWest Die Gesundheitskasse. 58079 Hagen

004

Vertragskennzeichen: 12000100205

Form with fields: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Teil.-Nr. (Angabe freiwillig)

Grid for entering the membership number (16 empty boxes)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Grid for entering the email address (26 empty boxes)

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Einschreibung

Date selection grid: T T M M 2 0 J J

Grid for entering the name of the insurance (19 empty boxes)

Name der Einschreibung

Institutionskennzeichen

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK NordWest teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK NordWest informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen.

II. Einwilligungserklärung

- Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages für Versicherte der AOK NordWest umfassend informiert und stimme dieser zu.
(Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich stimme zu, dass die AOK NordWest mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen darf.
(Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

III. Einwilligung zur allgemeinen Datennutzung

- (Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

\* Diese Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Grid for entering the name of the legal representative (19 empty boxes)

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Date selection grid: T T M M 2 0 J J

Bitte das heutige Datum eintragen

Bitte das heutige Datum eintragen

Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrages gemäß § 140a SGB V erfüllt sind.

Date selection grid: T T M M 2 0 J J

Bitte das heutige Datum eintragen

Bitte das heutige Datum eintragen

# 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 NordWest 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 NordWest widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, Fachbereich Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK NordWest 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 eine formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK NordWest beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK NordWest. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK NordWest liegt, ist dieser Termin maßgebend.

### Ihre Teilnahme endet ferner:

- wenn die Behandlung abgeschlossen ist,
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK NordWest,
- 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 NordWest 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 NordWest 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 zum Zweck der weiteren Therapie verwendet werden.
- die AOK NordWest vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK NordWest 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 NordWest, Fachbereich Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen.**

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/nw/datenschutzrechte](https://aok.de/nw/datenschutzrechte)