

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

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

### I. Teilnahmeerklärung

#### Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der Besonderen Versorgung freiwillig teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für den zu versorgenden Behandlungsfall bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot wird das Ende der Behandlung näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der „Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung“ und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.

Ich kann meine Teilnahme beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form, elektronisch (Brief an die IKK gesund plus, Servicestelle Ärzte, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg; eMail an [ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de](mailto:ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de); Fax an 0391 2809-4259 oder über die IKK gesund plus Kunden-App) oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die IKK gesund plus absende.

#### Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in schriftlicher Form beenden.

Einverständnis zur Teilnahme
Datum, Unterschrift der/s Versicherten

### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

#### Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich bin mit der im Abschnitt „Umgang mit Ihren Daten“ der „Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung“ beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnosen/ICD), versicherungsbezogene Daten (Versichertenstatus, Versichertennummer, Kassen-IK), Teilnahmedaten sowie Vertragsdaten (Behandlungsdatum und -dauer, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Vertragskennzeichen).

#### Einwilligung der Dokumentation meiner medizinischen Daten

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Achtung: Wenn Sie Ihr Einverständnis widerrufen,

## Vertrag nach § 140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung von Patienten mit akutem Hörsturz



**Bitte als Kopie per Fax senden an:**

IKK gesund plus, Servicestelle Ärzte

**☎ 0391 2806 - 4259**

ist eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht mehr möglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt der behandelnde Facharzt die bereits genannten Daten über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt an die IKK gesund plus.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten von dem behandelnden Facharzt dokumentiert werden. Die Dokumentation dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Facharzt meine Daten aus der Dokumentation einsieht und nutzt, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Der behandelnde Facharzt unterliegt dabei der beruflichen Schweigepflicht.

#### WIDERRUFSMÖGLICHKEITEN

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form, elektronisch (Brief an die IKK gesund plus, Servicestelle Ärzte, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg; eMail an [ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de](mailto:ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de); Fax an 0391 2809-4259 oder über die IKK gesund plus Kunden-App) oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus widerrufen. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

☐ Ich bin mit der Datenverarbeitung im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation einverstanden (siehe Versicherteninformation).

Einverständnis zur Datenverarbeitung (Teilnahmebedingung)
Datum, Unterschrift der/s Versicherten

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin
---------------------------------

## Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung

### Informationen zur Teilnahme



#### Hochwertige Behandlung und Extraservices

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der Besonderen Versorgung interessieren. Durch die Teilnahme erhalten Sie ein zusätzliches Versorgungsangebot.

#### Ziel und Inhalte der Besonderen Versorgung

Mit dieser Besonderen Versorgung erhalten Sie eine strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Behandlung Ihres akuten Hörsturzes durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Durch die zeitnahe fachärztliche Behandlung kann ein stationärer Aufenthalt vermieden werden. Ihre Teilnahme an der Versorgung ist freiwillig und für Sie kostenfrei.

#### So können Sie teilnehmen

Sie sind bei der IKK gesund plus versichert und leiden an einem idiopathischen bzw. akutem Hörsturz. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form, elektronisch (Brief an die IKK gesund plus, Servicestelle Ärzte, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg; eMail an [ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de](mailto:ambulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de); Fax an 0391 2809-4259 oder über die IKK gesund plus Kunden-App) oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die IKK gesund plus absenden.

#### Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfasst eine umfangreiche audiologische Untersuchung und je nach Schweregrad eine medikamentöse Therapie in Form einer 3-tägigen Infusionstherapie und/ oder oralen Medikamenteneinnahme. Die Behandlung im Rahmen des Vertrages endet mit der Abschlusskontrolle nach etwa 3 Monaten durch den behandelnden Facharzt. Das Widerrufsrecht gilt innerhalb von 14 Tagen. Unabhängig davon kann die Teilnahme jederzeit beendet werden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

#### Bindungsfrist

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an den behandelnden Facharzt gebunden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden ist, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels

nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in schriftlicher Form zuzusenden. Ebenfalls erfolgt der Ausschluss Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung mit Ende Ihrer Mitgliedschaft bei der IKK gesund plus. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

#### Qualitätssicherung und Evaluation

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der Besonderen Versorgung mit anonymisierten Auswertungen. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten. Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden. Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluation zum Behandlungserfolg können Sie ohne nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wenn Sie die Teilnahme an der Evaluation zurückziehen, ist die Teilnahme an der Besonderen Versorgung weiterhin möglich.

#### Umgang mit Ihren Daten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnosen/ICD), versicherungsbezogene Daten (Versichertenstatus, Versichertennummer, Kassen-IK), Teilnahmedaten sowie Vertragsdaten (Behandlungsdatum und -dauer, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Vertragskennzeichen).

Die Dokumentation der Daten erfolgt über den behandelnden Facharzt und die IKK gesund plus. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen oder einzuschränken. Ihre Teilnahmedaten werden bei der IKK gesund plus zehn Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.



## Versicherteninformationen nach Art. 13 EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Versorgungsvertrag zur Durchführung der vereinbarten Vertragsleistungen und deren Qualitätssicherung treffen können, möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO mitteilen:

1. Verantwortliche für Ihre personenbezogenen Daten ist die IKK gesund plus, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg.
2. Der Datenschutzbeauftragte der IKK gesund plus ist unter der E-Mail-Adresse [datenschutz@ikk-gesundplus.de](mailto:datenschutz@ikk-gesundplus.de) zu erreichen.
3. Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen der Besonderen Versorgung zur Durchführung der vereinbarten Vertragsleistungen und deren Qualitätssicherung erhoben werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5 und § 284 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).
4. Die Daten werden zwischen Ihnen, dem behandelnden Facharzt, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sowie der IKK gesund plus ausgetauscht.
5. Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme an der Besonderen Versorgung gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag (z. B. durch Kündigung) bleiben die Daten noch solange gespeichert, wie es für die Abrechnung erforderlich ist. Soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung ihrer Teilnahme an diesem Vertrag, werden die Daten gelöscht.
6. Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Des Weiteren haben Sie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

7. Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der IKK gesund plus zu erklären und bedarf keiner Begründung.

8. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde der IKK gesund plus: Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Graurheindorferstraße 153  
53117 Bonn  
eMail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

9. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung zur Durchführung der vereinbarten Vertragsleistungen und deren Qualitätssicherung ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Weitere allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der IKK gesund plus erhalten Sie im Internet:

**[www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo)**

### Mehr Leistungen

Wichtige Informationen über die Besondere Versorgung oder weitere Angebote erhalten Sie im Internet:

[www.ikk-gesundplus.de/besondere-versorgung](http://www.ikk-gesundplus.de/besondere-versorgung)

