



Besondere Versorgung (BesV)

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Vertragskennzeichen 12001400097

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge der Hypertonie können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK):

Die sogenannte „Schaufensterkrankheit“ kann zu erheblichen Einschränkungen und Schmerzen beim Gehen führen. Ihr Arzt kann durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen einer Störung der Durchblutung in den Beinen erkennen

Nierenschäden (Nephropathie):

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. 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 diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn Ihre Krankenkasse Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert 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 bei Ihnen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Danach ist jederzeit eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen möglich.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

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



Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Vertragskennzeichen: 12001400097

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung per Fax an die zentrale Faxnummer der jeweiligen BKK

Teilnahmeerklärung:

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt / meine behandelnde Ärztin ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser Besonderen Versorgung informiert hat und dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung zu klären.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Danach ist jederzeit eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen möglich.
- ich meine Teilnahme bei vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt vor bei einem Wohnungswechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die Krankenkasse mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert 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 bei mir.

3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden.

Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser Besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift der / des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Schleswig-Holstein.

T T M M J J J J

Unterschrift

Vertragsarztstempel



Besondere Versorgung (BesV)

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Vertragskennzeichen 12001400097

Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten (Name, Adressdaten, Versichertennummer, Diagnose nach ICD 10 (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen), Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen, Behandlungsdaten) von Ihrem einschreibenden Leistungserbringer erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt Ihre Krankenkasse die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Vertragsarzt von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten und personenbezogenen Daten durch die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und Ihrer Krankenkasse, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a SGB V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden. Der Arzt übermittelt Ihre Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zu Abrechnungszwecken.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein die korrekte Abrechnung und leitet diese an Ihre Krankenkasse weiter.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden sämtlich eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben im Rahmen der Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ggf. ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage von §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 i. V. m. 140a SGB V.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten sowie zu Ihren Rechten finden Sie u. a. auf der Homepage Ihrer Krankenkasse. Auf Wunsch sendet Ihnen Ihre Krankenkasse diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Landesbeauftragte bzw. Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstraße 98
24103 Kiel
mail@datenschutzzentrum.de

Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Husarenstr. 30
53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de