

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

Stand: März 2022



Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Modellprojekt: Digitalisierte Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik in Schleswig-Holstein

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich am Modellprojekt QuaMaDi teilnehmen möchte,
- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte, Ziele, die beteiligten Leistungserbringer sowie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten innerhalb dieses Modellprojekts informiert hat,
- ich das Merkblatt „Information zur Teilnahme und Datenverarbeitung“ erhalten habe,
- mir bekannt ist, dass eine Teilnahme an QuaMaDi freiwillig ist und mit der Unterschrift auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt,
- ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Schleswig-Holstein in Anspruch nehme,
- mir bekannt ist, dass meine Teilnahme an diesem Modellprojekt endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über das Modellprojekt beendet wird.

2. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

- die beteiligten Ärzte die erforderlichen medizinischen und persönlichen Daten im Rahmen von QuaMaDi verarbeiten und – sofern erforderlich – meine abgeschlossenen QuaMaDi-Fallinformationen reaktivieren,
- die Mitarbeiter, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ansässigen QuaMaDi-Geschäftsstelle, die für die Durchführung des QuaMaDi-Vertrages erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten,
- eine gemeinsame, elektronische Fallakte über meine Befunddaten geführt wird,
- die elektronische Fallakte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein technisch bereitgestellt und betrieben wird,
- meine Befunddaten bei besonderem medizinischem Interesse in eine fachübergreifende ärztliche Fallkonferenz einfließen, mit dem Ziel, die Diagnostik zu verbessern.

3. Widerruf

Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber dem behandelnden Gynäkologen oder der QuaMaDi-Geschäftsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6 in 23795 Bad Segeberg, E-Mail: quamadi@kvsh.de) widerrufen werden.

4. Widerrufsfolgen

Durch einen Widerruf der Teilnahme- oder Einwilligungserklärung wird die Teilnahme an QuaMaDi beendet. Leistungen im Rahmen von QuaMaDi können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden. Ihre bereits gespeicherten Daten werden ausschließlich zur Abwicklung der ärztlichen Abrechnung der Vertragsleistungen weiterverwendet und anschließend gelöscht. Nach dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erfasst.

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

Datum/Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel Arzt: