

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb.am:		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.(LANR)	Datum

CheckUp+ Erklärung zur Teilnahme an dem Versorgungsprogramm zur ärztlichen Früherkennung und Verlaufskontrolle, gemäß Vertrag nach § 140a SGB V

Vertragskennzeichen: 12001100026

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte von CheckUp+ und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen.

Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzzinformation aufgeführt sind, durch die AOK NordWest zum Zweck der Betreuung im Rahmen von CheckUp+ freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem Vorsorgeprogramm teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Datenschutzzinformation“ und die „Information für Patientinnen und Patienten“ (Fassung vom 01.07.2022) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzl. Vertreters zu 1. und 2.

- von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an dem Programm bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Datum

Unterschrift

Stempel Arzt/ Ärztin

Datenschutzinformation

1 Was ist die besondere Versorgung CheckUp+ der AOK NordWest?

Das Programm CheckUp+ richtet sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre AOK NordWest gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden. Ihre AOK NordWest bietet Ihnen eine Teilnahme an diesem Programm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesem Programm entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“. Ihre Teilnahme an der Früherkennung und Verlaufskontrolle ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

Personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten und Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Die Behandlung in diesem Versorgungsprogramm ist eine zusätzlich vereinbarte Leistung. Die Versorgung und die Abrechnung erfolgt wie bei anderen Leistungen durch die Arztpraxis und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Behandlungs- und Abrechnungsdaten entsprechen in Form und Umfang der Regelversorgung. Die AOK NordWest erhält die Abrechnungsdaten von der KVSH mit der Quartalsabrechnung, ein zusätzlicher Datenfluss entsteht nicht. Die AOK NordWest erhält die Information über die Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom behandelnden Arzt per Post und die Abrechnungsdaten des Arztes von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein auf elektronischem Weg. Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an die Sie in diesem Versorgungsprogramm betreuende Ärzte oder die AOK NordWest.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen und für die Abrechnung seiner Leistung gegenüber der KVSH.

3.2 Was geschieht bei Ihrer AOK NordWest mit den Daten?

Die AOK NordWest dokumentiert Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung, prüft die Abrechnungsdaten und zahlt die Vergütung für den Arzt an die KVSH.

4 Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

5 Informationen zum Datenschutz und zur Datennutzung

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich schriftlich an die AOK NordWest (Anschrift: AOK NordWest, Unternehmensbereich Recht & Compliance, Stichwort: Datenschutz, 58079 Hagen).

Falls Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Landesbeauftragten für den Datenschutz.

mail@datenschutzzentrum.de (Postfach 7116, 24171 Kiel)

Information für Patientinnen- und Patienten zum Versorgungsprogramm CheckUp+

Was ist das Versorgungsprogramm CheckUp+?

Chronische Erkrankungen zählen zu den häufigsten und gesellschaftlich bedeutsamsten Gesundheitsproblemen der Gegenwart. Dazu gehören u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen. Bei einer bestehenden chronischen Krankheit kann ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert oder verlangsamt werden, wenn Begleit- und Folgeerkrankungen rechtzeitig erkannt und die Patienten in dem Umgang mit ihren Krankheiten geschult werden.

Was passiert in dem Versorgungsprogramm?

Ihr behandelnder Hausarzt hat festgestellt, dass Sie als Patient/ Patientin die Voraussetzungen erfüllen, um an einer erweiterten Früherkennung teilzunehmen. Diese Früherkennung wird im Rahmen der normalen Praxistermine stattfinden. Sollte eine Begleiterkrankung erkannt werden, wird Ihr Arzt/ Ihre Ärztin mit Ihnen besprechen, welche Therapiemöglichkeiten es gibt und wie diese Krankheit Ihr weiteres Leben beeinflusst. Gemeinsam planen Sie die weitere Therapie und eine regelmäßige Verlaufskontrolle (2x im Jahr). Sie und möglicherweise Ihre Angehörigen werden durch verständliche Informationen in die Behandlung einbezogen. Der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin werden bei ihrer medizinischen Therapieentscheidung Ihre Lebensumstände, Wünsche und Werte so weit möglich berücksichtigen.

Ihre **Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm ist freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie sich in das Versorgungsprogramm einschreiben und in den beschriebenen Ablauf einwilligen. Für die Dauer Ihrer Teilnahme an dem Versorgungsprogramm sind Sie an Ihren behandelnden Arzt gebunden.

Die von Ihnen **unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung** wird der AOK NordWest zugeschiedt. Sie erhalten eine Kopie. Bei Widerruf der Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen werden Ihre Teilnahmedaten vollständig bei Ihrer **AOK NordWest** und bei dem beteiligten Arzt gelöscht.

Bei **Kündigung** der Teilnahme (die im Rahmen der Kündigungsfrist möglich ist) werden nach Ablauf der Frist keine weiteren Daten erhoben, die bis dahin vorhandenen Daten aber noch zu Abrechnungszwecken verwendet.

Widerrufsmöglichkeiten

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich (Anschrift: AOK NordWest, Fachbereich Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen), elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass Sie nicht mehr an diesem Versorgungsprogramm teilnehmen können. Für Ihre weitere Behandlung können Sie weiterhin die Leistung des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Kündigung nach dem Ende der Widerrufsfrist

Sie können Ihr Teilnahme an der Besonderen Versorgung jederzeit kündigen. Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief an die AOK NordWest, Fachbereich Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen).