

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Bitte per Fax an die HEK

040 65696-1201

Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Schleswig-Holstein und der HEK (Anlage 1)

1. Teilnahmebedingungen

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag habe ich das Recht, alle zwei Jahre über meine Krankenversichertenkarte eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei einem speziell ausgebildeten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen in Anspruch zu nehmen.

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des vorgenannten Versorgungsangebotes. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und sie mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der HEK versichert bin,
- ich ausführlich über den Leistungsumfang dieses Vertrages informiert wurde,
- ich mich verpflichte nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung des Hautkrebsvorsorge-Verfahrens berechtigten Fachärzte aufzusuchen und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen,
- ich mich für mindestens ein Jahr an diesen Vertrag binde.

Mir ist außerdem bekannt, dass

- mit Ende meiner Mitgliedschaft bei der HEK die Teilnahme am Vertrag endet,
- ich frühestens mit einer Frist von vier Wochen vor Ablauf des ersten Teilnahmejahres meine Teilnahme schriftlich gegenüber der HEK kündigen kann. Weiteres regelt die Satzung der HEK.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der HEK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: HEK - Hanseatische Krankenkasse, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg. Im Fall eines wirksamen Widerrufs sind die empfangenen Leistungen zurückzugewähren bzw. Wertersatz zu leisten.

2. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Meine Teilnahmeerklärung wird meiner Krankenkasse übermittelt. Die Informationen zum Datenschutz und die Patienteninformation habe ich erhalten. Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Versorgungsvertrag bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r