

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

Anlage 2a



Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Modellprojekt: Digitalisierte Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik in Schleswig-Holstein „e-QuaMaDi“

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich am Modellprojekt e-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 e-QuaMaDi freiwillig ist und mit der Unterschrift auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- mir die Voraussetzung bekannt ist, im vorliegenden Modellprojekt nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Schleswig-Holstein in Anspruch zu nehmen
- 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

Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber des behandelnden Gynäkologen oder der e-QuaMaDi-Geschäftsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6 in 23782 Bad Segeberg) widerrufen werden.

2. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

- eine Verarbeitung der erforderlichen medizinischen und persönlichen Daten im Rahmen von e-QuaMaDi erfolgt
- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame, elektronische Fallakte über meine Befunddaten führen
- die elektronische Fallakte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bereitgestellt und betrieben wird
- meine Befunddaten bei besonderem medizinischem Interesse ggf. in eine fachübergreifende ärztliche Fallkonferenz einfließen, mit dem Ziel die Diagnostik zu verbessern

Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber des behandelnden Gynäkologen oder der e-QuaMaDi-Geschäftsstelle widerrufen.

3. Widerrufsfolgen

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

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

Datum/Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel Arzt: