

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

## Anlage 4.1 zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der BAHN-BKK ab dem 01.01.2012

#### Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n ich/wir hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie zwischen der KV Schleswig-Holstein und der BAHN-BKK.

**Die Teilnahmevoraussetzungen und die Leistungsinhalte sind im Einzelnen in der Versicherteninformation (Anlage 4.2) aufgeführt.**

- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie informiert. Die Versicherteninformation (Anlage 4.2) wurde mir/uns ausgehändigt.
- Nach der Operation wird mir/uns ein Merkblatt mit postoperativen Verhaltensregeln zur Verfügung gestellt.
- **Mir/uns ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist. Sie beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BAHN-BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BAHN-BKK. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Übe/n ich/wir das Widerrufsrecht nicht aus, ist mein/unser Kind an die Teilnahmeerklärung und an die Wahl des HNO-Arztes mindestens ein Jahr gebunden.**
- Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Ein außerordentliches Kündigungsrecht besteht bei Vorliegen besonderer Gründe, wie beispielsweise bei Vertragsverstößen innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses, bei einem Wohnortwechsel oder bei Praxisschließung des behandelnden Arztes.
- Mit der Teilnahme entsteht die Verpflichtung, ausschließlich am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer für die Erfüllung des in diesem Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags in Anspruch zu

nehmen. Andere Leistungserbringer – insbesondere nachbehandelnde HNO-Ärzte – dürfen nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Diese Verpflichtung besteht für die Dauer des Vertrages (spätestens bis zum Abschluss der 3. Nachbehandlung).

- Die Teilnahme endet mit vollständigem Abschluss der Behandlung im Rahmen des Vertrages (mit Abschluss der 3. Nachbehandlung), mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs gemäß § 19 SGB V.

### **Einwilligung der/des Sorgeberechtigten der/des Versicherten zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen**

- Der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zur Umsetzung des Vertrages, zur Leistungsabrechnung und zur Abrechnungsprüfung stimme/n ich/wir explizit zu.
- Sollte die dritte postoperative Nachbehandlung anstatt vom Operateur von einem nachbehandelnden HNO-Arzt durchgeführt werden, willige/n ich/wir in die Übermittlung des Befundes ein.
- Ich/wir stimme/n ferner zu, dass der Operateur eine die Indikationsstellung begleitende und unterstützende prä- und postoperative Photodokumentation über den Tonsillenzustand anfertigt. Die Photos sind jeweils im narkotisierten Zustand des Patienten unmittelbar vor der bevorstehenden OP und direkt im Anschluss an die OP aufzunehmen. Die Photodokumentation verbleibt in der Praxis des Operateurs und ist der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein nach Aufforderung vorzulegen.
- Mir/uns ist bekannt, dass meine/unsere teilnehmende Ärztin bzw. mein/unser teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine/unsere behandelnde Ärztin bzw. mein/unser behandelnder Arzt erhebt, unter Einhaltung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches, die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Insoweit entbinde ich die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- Der Arzt meines/unseres Kindes darf die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung an die BAHN-BKK übermitteln.
- Der Arzt meines/unseres Kindes darf die zum Zwecke der Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten an die BAHN-BKK übermitteln.
- Meine/unsere für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X, Art. 17 DSGVO) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.
- Die Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung sowie Informationen zur Datenschutzgrundverordnung sind in der Versicherteninformation (Anlage 4.2) enthalten.

Die Versicherteninformation (Anlage 4.2) sowie eine Kopie der Teilnahmeerklärung habe/n ich/wir erhalten.

**Mein/unser Einverständnis zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf beendet die Vertragsteilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung beziehungsweise eine Vertragsteilnahme kommt nicht zustande. Im Falle eines Widerrufs werden alle meine bis dahin erhobenen Daten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

---

**Information für den einschreibenden Arzt:**

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung an:

BAHN-BKK  
Regionalgeschäftsstelle Mitte-West  
KompetenzCenter Ambulante Versorgung  
Postfach 90 02 52  
60442 Frankfurt am Main  
Faxnummer: 069 77078 85 318