



**Per Post:**

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 26-28  
28209 Bremen

**Per E-Mail:**

genehmigung@kvhb.de

**Wichtig:**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Teilnahmeerklärung erst mit schriftlicher Bestätigung der KVHB Wirksamkeit erlangt.

### **Teilnahmeerklärung**

nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am o.g. Vertrag zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden.

Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer vier Wochen zum Quartalsende kündigen kann,
- die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen beendet werden kann.
- die Erfassung der Einschreibung des Versicherten im KVHB-Vertragsportal verpflichtend ist.
- Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Ich nehme zur Kenntnis und willige ein,

- dass meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-DSGVO und der §§ 140a, 284 SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).
- dass die Einschreibung der Versicherten im KVHB-Vertragsportal vorzunehmen ist.
- Ich bin mit der Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Krankenkasse im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses sowie der Veröffentlichung im Internet einverstanden.
- Ich akzeptiere die Vertragsinhalte und verpflichte mich zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.

Die allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Formen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf bzgl. der Datenerhebung und-verarbeitung führt zum Ausscheiden aus dem nach § 140a SGB V Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

Der Widerruf ist zu richten an:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26-28, 28209 Bremen.

---

Vor- und Nachname

---

LANR

---

BSNR

---

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsstellers

(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/MVZ Leitung)

## **Arztinformation zum Datenschutz**

Im Folgenden informieren wir Sie über die Datenerhebung,- verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Vertrages nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinbarung Bremen und den Krankenkassen und deren Verbänden.

### **1. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stellen übermittelt?**

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird von Ihnen direkt an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen gesandt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Teilnahmemöglichkeit geprüft. Sofern Sie eine Genehmigung zur Teilnahme erhalten, werden Ihre Daten in das Vertragsportal eingetragen.

### **2. Wie werden meine Leistungs-und Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen verarbeitet?**

Bei den Krankenkassen werden Ihre Daten nach den Grundsätzen des SGB V und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt.

### **3. Wer ist Empfänger meiner Daten?**

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden Bestimmungen (EU-DSGVO, BDSG,etc.) verarbeitet ( das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Verwenden). Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (datenschutzbeauftragter@kvhb.de).

### **4. Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten**

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach den o.g. Punkten 1-3 mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am „Hautkrebsvorsorge-Verfahren HEK“ Vertrag.

Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitende Daten ( Art.15 EU-DSGVO i.V.m. § 83 SGB X)

- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten ( Art 16 EU-DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung ( Art 17 EU-DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung ( Art 18 EU-DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit ( Art. 20 EU-DSGVO)
- Widerspruchsrecht ( Art. 21 EU-DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde. Nach Art.77 EU-DSGVO i.V.m. § 81 SGB X haben Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig ist. Die Anschrift lautet:  
Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven, office@datenschutz.bremen.de