

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)**  
zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere Versorgung von  
Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)

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

**Teilnahme an der besonderen Versorgung  
zur Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)**

- Mein behandelnder Arzt hat mich umfassend über die Inhalte und Ziele des Vertrages zur Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI) nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist. Mein Arzt nimmt diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Namen der AOK Bremen/Bremerhaven an. Ein grundsätzlicher Anspruch zur Teilnahme besteht nicht.
- Mit der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag bin ich für den Behandlungszeitraum an meine Teilnahme gebunden.
- Die Teilnahme bezieht sich ausschließlich auf einen Arzt dieses Vertrages. Ausschließlich Ärzte, die in Bremen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) abrechnen und über eine gültige Genehmigung der KVHB zur Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistungen verfügen, können an dem Vertrag teilnehmen. Sollte ich die Leistung bei einem Leistungserbringer in Anspruch nehmen, der nicht an dem Vertrag teilnimmt, trage ich die Kosten dafür selbst.

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden oder diese kündigen oder widerrufen, erhalten Sie weiterhin die sonst üblichen Leistungen der Regelversorgung.

- **Nach § 140a Abs. 4 SGB V kann ich diese Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Bremen/Bremerhaven ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Bremen/Bremerhaven. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift. Sofern ich der Teilnahme an der besonderen Versorgung wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.**

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere Versorgung von  
Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Erfolgt die Einwilligung nicht bzw. wird diese widerrufen, ist eine Teilnahme am Vertrag nicht möglich.
- Empfänger meiner Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von der AOK Bremen/Bremerhaven beauftragte Dienstleister sein können.
- meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke verarbeiteten persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der §§ 140a und 284 SGB V sowie § 80 SGB X verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Dies betrifft folgende Datenkategorien:

- Daten zur Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer)
- Daten zum Versicherungsverhältnis (Versichertenstatus)
- Leistungs-, Versorgungs-, und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten (Behandler, Diagnosen, Behandlungsdatum)
- Daten des Vertragspartners (Arztnummer, Betriebsstätte)

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt nach Beendigung der Teilnahme (mit Ende des Geschäftsjahres) eine Archivierung der Daten für zehn Jahre. Soweit nicht gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen, werden diese Daten nach Ablauf dieser Frist vernichtet.

### Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete 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)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK Bremen/Bremerhaven  
Team Ärztliche Versorgung  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
E-Mail: [kontakt@hb.aok.de](mailto:kontakt@hb.aok.de)  
Telefon: 0421 1761-7711

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)

### zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragte der AOK Bremen/Bremerhaven:  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
E-Mail: [datenschutz@hb.aok.de](mailto:datenschutz@hb.aok.de)

#### Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK Bremen/Bremerhaven zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen  
Arndtstraße 1  
27570 Bremerhaven  
Telefon: 0471 596-2010 oder 0421 361-2010  
Telefax: 0421 496-18495  
E-Mail: [office@datenschutz.bremen.de](mailto:office@datenschutz.bremen.de)

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:  
<http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte>

Ich willige ein, dass

- die AOK Bremen/Bremerhaven und beteiligte Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI) zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit der AOK Bremen/Bremerhaven verarbeiten dürfen.
- meine personenbezogenen Daten zur Erfassung und Verwendung aus der besonderen Versorgung von Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI) zum Zweck der Evaluation, der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung durch die AOK Bremen/Bremerhaven oder einer von ihr beauftragten Stelle verarbeitet werden dürfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten dabei anonymisiert sind, um einen Rückschluss auf meine Person auszuschließen.
- ich während der Teilnahme den vereinbarten Therapieplan befolge, zur Umsetzung der Therapieziele bestmöglich beitrage und bei der Umsetzung der ärztlich empfohlenen medikamentösen sowie nicht-medikamentösen Behandlung aktiv mitarbeite.

Ich möchte am Vertrag teilnehmen und habe eine Kopie dieser TE/EWE erhalten. Zudem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die eG-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)**  
zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere Versorgung von  
Patientinnen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt (InformHWI)

Meine Teilnahme am Vertrag endet:

- Mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
- Mit Beendigung dieses Vertrages für die AOK Bremen/Bremerhaven.
- Bei Ausspruch der fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund.
- Bei Widerruf der Teilnahmeerklärung/Widerruf der Einverständniserklärung zum Datenschutz.
- Bei Beendigung der Teilnahme des Arztes.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift d. Patientin oder d. gesetzl. Vertreters

**Ihren unterschriebenen Widerruf bzw. Ihre Kündigung können Sie richten an:**

**AOK Bremen/Bremerhaven**

**Team Ärztliche Versorgung**

**Bürgermeister-Smidt-Str. 95**

**28195 Bremen**

**bzw. über Ihr Postfach in der Online-Geschäftsstelle versenden.**