

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V
 Infrastruktur und Prozesse für optimierte
 Versorgung von Patienten mit chronischen
 Wunden – dezentral und regelversorgungsnah
 in Bremen –
 „IP-Wunde 2.0“

Meine Teilnahme am Vertrag „IP Wunde 2.0“

- Meine Ärztin/ mein Arzt hat mich umfassend über die Inhalte und Ziele des Vertrages „IP Wunde 2.0“ nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Sie beginnt mit dem Datum meiner Unterschrift auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE). Mein Arzt nimmt die TE/EWE im Namen der IKK gesund plus an. Ein grundsätzlicher Anspruch zur Teilnahme besteht nicht.
- Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt, dass ärztliche und pflegerische Behandlungsinformationen in einer elektronischen Wundfallakte dokumentiert werden. Dadurch sind alle wichtigen Informationen zur Behandlung zentral an einem Ort gespeichert. Einsicht in die elektronische Wundfallakte haben nur im Rahmen von IP-Wunde 2.0 berechtigte Personen. Ich selbst bin ebenfalls zur Einsicht berechtigt.
- Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für den Zeitraum der Behandlung an meine Teilnahme gebunden. Sie endet mit Beendigung der sechsmonatigen Behandlung automatisch im dritten Quartal nach Beginn der Teilnahme. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z. B. wenn das Vertrauensverhältnis zu meinem behandelnden teilnehmenden Arzt nachhaltig gestört ist oder ich wegen eines Umzugs keine Möglichkeit habe, die Behandlung durch einen teilnehmenden Arzt wahrzunehmen. In diesem Fall kann ich meine Teilnahme jederzeit schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus kündigen. Ich bin darüber informiert, dass bei Beendigung meiner Teilnahme per E-Mail oder Fax eine unverschlüsselte Übertragung meiner Daten erfolgt, die nicht gegenüber Dritten geschützt ist.
- Die Teilnahme endet in jeden Fall automatisch, sollte ich zu einer anderen Krankenkasse oder einem anderen Arzt wechseln, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen sowie mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der IKK gesund plus.
- Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an diesem Vertrag auch meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner pseudonymisierten Behandlungs- und Leistungsdaten im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation Voraussetzung ist. Die Pseudonymisierung der erhobenen Daten lässt keinen Rückschluss auf meine Person zu. Diese Einverständniserklärung erfolgt gesondert.
- Nach § 140a Abs. 4 SGB V kann ich meine Erklärung zur Teilnahme an diesem Vertrag innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch per E-Mail oder Fax oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich bin darüber informiert, dass bei Beendigung meiner Teilnahme per E-Mail oder Fax eine unverschlüsselte Übertragung meiner Daten erfolgt, die nicht gegenüber Dritten geschützt ist. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK gesund plus. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift. Sofern ich der Teilnahme an diesem wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.

* Wegen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen, die alle Geschlechter betreffen, die männliche Form gewählt, es sind jedoch immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

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 berührt. Erfolgt die Einwilligung nicht bzw. wird diese widerrufen, eine Teilnahme am Vertrag nicht möglich.
- Empfänger meiner Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von der IKK gesund plus 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 vier 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 der IVPnet (insbesondere der Wundfallakte) verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

IVPNetworks GmbH

Conventstr. 8-10

22089 Hamburg

E-Mail: kontakt@ivpnetworks.de

Telefon: 040 226306-785

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

IKK gesund plus

E-Mail: AmbulanteAbrechnung@ikk-gesundplus.de

Umfassungsstr. 85

Telefon: 0391 2806-4240

39124 Magdeburg

Fax: 0391 2806-4259

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:

IKK gesund plus E-Mail: datenschutz@ikk-gesundplus.de

Datenschutz

Umfassungsstr. 85
39124 Magdeburg

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 IKK gesund plus zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de.

**Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:
<https://www.ikk-gesundplus.de/datenschutz/>**

- Ich willige ein, dass die IKK gesund plus und beteiligte Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Vertrag „IP Wunde 2.0“ zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit der IKK gesund plus verarbeiten dürfen.
- Ich möchte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und habe eine Kopie dieser TE/EWE erhalten. Zudem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.
-

Durch die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung 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.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten(in) oder d. gesetzl. Vertreters

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

IKK gesund plus E-Mail: AmbulanteAbrechnung@ikk-gesund plus.de

Servicestelle Ärzte Fax: 0391 2806-4259

**Umfassungsstr. 85
39124 Magdeburg**