

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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
regelversorgungsnahe in Bremen –
„IP-Wunde 2.0“

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 der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE). Mein Arzt nimmt diese TE/EWE im Namen der AOK Bremen/Bremerhaven 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 berechnigte Personen. Ich selbst bin ebenfalls zur Einsicht berechnigt.
- 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 Arzt / meiner Ärztin nachhaltig gestört ist oder ich wegen eines Umzugs keine Möglichkeit habe, die Behandlung weiterhin wahrzunehmen. In diesem Fall kann ich meine Teilnahme jederzeit schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Bremen/Bremerhaven kündigen.
- Die Teilnahme endet in jeden Fall automatisch, sollte ich zu einer anderen Krankenkasse wechseln oder mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der AOK Bremen/Bremerhaven.
- Nach § 140a Abs. 4 SGB V kann ich meine Erklärung zur Teilnahme an diesem Vertrag 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 diesem Vertrag wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.

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 bzw. endet die Teilnahme am Vertrag..
- 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 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 sonstige Fragen zur 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

Telefon: 0421 1761-77111

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:

Datenschutzbeauftragter der AOK Bremen/Bremerhaven:

Bürgermeister-Smidt-Str. 95

28195 Bremen

E-Mail: 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

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 an diesem Vertrag zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit der AOK Bremen/Bremerhaven verarbeiten dürfen.
- Ich möchte an diesem Versorgungsprogramm 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 diesem Vertrag entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden oder diese kündigen bzw. widerrufen, erhalten Sie weiterhin die sonst üblichen Leistungen der Regelversorgung.

Meine aktuell gültige Telefonnummer: _____

Meine aktuell gültige E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum Unterschrift d. Patienten(in) 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.