

## Teilnahmeerklärung zum Modul „Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ für Teilnehmer an „BKK.Mein Facharzt“

### Hiermit erkläre ich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse, dass

- ich bin bei der oben genannten Betriebskrankenkasse versichert bin.
- ich die Teilnahmeerklärung für das Facharztvertrag „BKK.Mein Facharzt“ unterzeichnet habe.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul „Therapie mit Zepatier®“ (im Folgenden: Modul) informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) beschrieben sind.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf des Moduls informiert wurde.
- ich ausreichend Gelegenheit hatte, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Therapie zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ schriftlich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.
- während der Therapie mit Zepatier® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich meiner Betriebskrankenkasse schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.
- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.

- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in meiner BKK der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztvertrag meiner BKK meine Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.

### Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die an „BKK.Mein Facharzt“ teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- meine BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.
- Zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- die meiner Therapie beteiligten Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und Teilnahmezustand informiert werden.

**Teilnahme am Modul „Therapie mit Zepatier®“**

**Ja**, ich möchte am Modul „Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Erklärung.

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters /Betreuers

--

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

## Teilnahmeerklärung zum Modul „Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ für Teilnehmer an „BKK.Mein Facharzt“

### Hiermit erkläre ich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse, dass

- ich bin bei der oben genannten Betriebskrankenkasse versichert bin.
- ich die Teilnahmeerklärung für das Facharztvertrag „BKK.Mein Facharzt“ unterzeichnet habe.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul Therapie mit Zepatier® (im Folgenden: Modul) informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) beschrieben sind.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf des Moduls informiert wurde.
- ich ausreichend Gelegenheit hatte, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Therapie zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ schriftlich gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.
- während der Therapie mit Zepatier® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich meiner Betriebskrankenkasse schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.
- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.

- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in meiner BKK der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztvertrag meiner BKK meine Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.

### Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die an „BKK.Mein Facharzt“ teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- meine BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.
- Zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- die meiner Therapie beteiligten Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und Teilnahmezustand informiert werden.

**Teilnahme am Modul „Therapie mit Zepatier®“**

**Ja**, ich möchte am Modul „Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Zepatier® bei chronischer Hepatitis C“ einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Erklärung.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes