

# Nur für AOK-Facharztvertrag Diabetologie Modul "Gestationsdiabetes"

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche  
Versorgung gemäß § 140a SGB V

## Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul Gestationsdiabetes informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich grundsätzlich nur Haus- oder Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" nicht mehr möglich ist.

## Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft oder dem Wegzug aus Baden-Württemberg und der Konsultation von nicht am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Ärzten keine Leistungen im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" beansprucht werden können.
- meine Teilnahme für die Dauer meiner Behandlung im Rahmen der aktuellen Schwangerschaft bei einem teilnehmenden Haus- oder Facharzt erfolgt.
- mit meiner Einschreibung in das AOK-Facharztprogramm meine ausschließliche Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" endet. Die Rechte und Pflichten ergeben sich ab dem Zeitpunkt der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm aus der Teilnahmeerklärung und dem Merkblatt des AOK-Facharztprogrammes.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Für das Modul „Gestationsdiabetes“ gilt zusätzlich die Besonderheit, dass der Widerruf gegenüber dem behandelnden Arzt, der hierfür als Empfangsbevollmächtigter der AOK fungiert, erfolgen kann.**
- meine im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. 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 Modul "Gestationsdiabetes".

## Ich stimme zu, dass

- meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Modul- sowie AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Modul "Gestationsdiabetes" teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen (siehe Merkblatt) weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit meiner Teilnahme befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

**Ja**, ich möchte am Modul "Gestationsdiabetes" in Rahmen des Facharztvertrages Diabetologie teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung **einschließlich der 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 Ordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Exemplar für den Patienten

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

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

--

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift des Arztes

# Nur für AOK-Facharztvertrag Diabetologie Modul "Gestationsdiabetes"

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche  
Versorgung gemäß § 140a SGB V

## Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul Gestationsdiabetes informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich grundsätzlich nur Haus- oder Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" nicht mehr möglich ist.

## Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft oder dem Wegzug aus Baden-Württemberg und der Konsultation von nicht am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Ärzten keine Leistungen im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" beansprucht werden können.
- meine Teilnahme für die Dauer meiner Behandlung im Rahmen der aktuellen Schwangerschaft bei einem teilnehmenden Haus- oder Facharzt erfolgt.
- mit meiner Einschreibung in das AOK-Facharztprogramm meine ausschließliche Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" endet. Die Rechte und Pflichten ergeben sich ab dem Zeitpunkt der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm aus der Teilnahmeerklärung und dem Merkblatt des AOK-Facharztprogrammes.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Für das Modul „Gestationsdiabetes“ gilt zusätzlich die Besonderheit, dass der Widerruf gegenüber dem behandelnden Arzt, der hierfür als Empfangsbevollmächtigter der AOK fungiert, erfolgen kann.**
- meine im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. 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 Modul "Gestationsdiabetes".

## Ich stimme zu, dass

- meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Modul- sowie AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Modul "Gestationsdiabetes" teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen (siehe Merkblatt) weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit meiner Teilnahme befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

**Ja**, ich möchte am Modul "Gestationsdiabetes" in Rahmen des Facharztvertrages Diabetologie teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung **einschließlich der 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 bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Exemplar für den Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

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

--

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift des Arztes