

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

Teilnahmeerklärung für die besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V „BKK.Mein Facharzt“

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der oben genannten Betriebskrankenkasse versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über „BKK.Mein Facharzt“ informiert 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 bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung 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.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die an „BKK.Mein Facharzt“ teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Vertrag „BKK.Mein Facharzt“ teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Betriebskrankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus „BKK.Mein Facharzt“ ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in meiner Betriebskrankenkasse der Ausschluss aus „BKK.Mein Facharzt“ und dem Hausarztvertrag meiner BKK erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an „BKK.Mein Facharzt“ informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztvertrag meiner Betriebskrankenkasse meine Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal in „BKK.Mein Facharzt“ um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung 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

- In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- meine im Rahmen von „BKK.Mein Facharzt“ erhobenen und gespeicherten Daten nach meinem Ausscheiden aus der HZV, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung erforderlich sind, gesperrt werden und diese nach Ablauf der vertraglichen oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (u.a. § 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) datenschutzgerecht spätestens nach 10 Jahren gelöscht werden, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die an „BKK.Mein Facharzt“ teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und 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 an „BKK Mein Facharzt“ teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten – und Teilnahmestatus informiert werden.
 - meine Betriebskrankenkasse und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Rechenzentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von „BKK.Mein Facharzt“ i. V. m. dem Hausarztvertrag sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand meiner Betriebskrankenkasse und der an „BKK.Mein Facharzt“ sowie am Hausarztvertrag teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- Zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- ich mit meiner Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“ auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztvertrag meiner Betriebskrankenkasse zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen von „BKK.Mein Facharzt“ durch meine Betriebskrankenkasse informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen von „BKK.Mein Facharzt“ insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist von einem Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen von „BKK.Mein Facharzt“.** Die Teilnahme am Hausarztvertrag bleibt davon unberührt.

Teilnahme an „BKK.Mein Facharzt“

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung („BKK.Mein Facharzt“) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung Ja, ich habe das Merkblatt mit der Patienteninformation zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten und bin mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am BKK Hausarztprogramm einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Kopie oder eine Zweitfertigung dieser Erklärung, die ich aufbewahre

Bitte das heutige Datum eintragen.

<TE-Code:>

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten