

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

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Epclusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Epclusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg 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.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- 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 AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Epclusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® 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.

**Ich stimme zu, dass**

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm 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.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

Exemplar für den Patienten

**Ja**, ich möchte am Modul „Therapie mit Epclusa® 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 Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

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

Arztstempel und Unterschrift des Arztes
---

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

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Epclusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Epclusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg 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.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- 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 AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Epclusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® 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.

**Ich stimme zu, dass**

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm 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.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

**Ja**, ich möchte am Modul „Therapie mit Epclusa® 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 Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

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

_____ Arztstempel und Unterschrift des Arztes
--

Exemplar für den Arzt

