Anlage 3a - Teilnahmeerklärung und Einwilligung

zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die hybride Früherkennung mittels iFOBT-, HPV- und PSA-Screening

1. Angaben zum Versicherten

Name, Vorname: [●]
Geburtsdatum: [●]
Krankenversichertennummer: [●]
Anschrift: [●]
E-Mail-Adresse: [●]
Telefonnummer, freiwillig: [●]
Krankenkasse: Debeka BKK

2. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme am Versorgungsangebot zur hybriden Früherkennung mittels

- iFOBT-Test,
- HPV-Test und/oder
- PSA-Test

im Rahmen des Vertrags zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zwischen der Debeka BKK und MVZ DC.

Die Teilnahme ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich das Versorgungsangebot nur nutzen kann, wenn ich die hierfür erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen erfülle und diese Teilnahmeerklärung abgebe.

Ich bestätige, dass ich die Versicherteninformation gemäß Anlage 3b erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

3. Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die zur Durchführung des Versorgungsangebots erforderlichen personenbezogenen Daten, Versichertendaten und Gesundheitsdaten verarbeitet werden dürfen.

Dies umfasst insbesondere Daten, die erforderlich sind für
a) die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen,
b) die Registrierung und Nutzung der digitalen Plattform,
c) die Bestellung und den Versand des Testkits,
d) die Durchführung der Laboruntersuchung,
e) die Bereitstellung des Testergebnisses,
f) die optionale telemedizinische Beratung, soweit von mir in Anspruch genommen,
g) die Abrechnung der erbrachten Leistungen,

h) das gesetzlich und vertraglich vorgesehene Monitoring in anonymisierter oder aggregierter Form.

Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung dieses Versorgungsangebots und nach Maßgabe der Datenschutzinformationen gemäß Anlage 3c.

4. Einbindung von Dienstleistern

Mir ist bekannt, dass MVZ DC zur Durchführung des Versorgungsangebots Unterauftragnehmer und eingebundene Dienstleister einsetzen kann, insbesondere für
a) die digitale Plattform und Prozessabwicklung,
b) die Laboranalytik,
c) den Versand und Rücktransport von Testkits und Proben,
d) die Abrechnung,
e) die optionale telemedizinische Beratung.

Die jeweils für diesen Vertrag relevanten Unterauftragnehmer ergeben sich aus Anlage 2.

5. Ergebnisbereitstellung und weitere Abklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mir das Ergebnis der Laboruntersuchung über die hierfür vorgesehene digitale Plattform bereitgestellt wird.

Mir ist bekannt, dass ein auffälliges Testergebnis keine abschließende Diagnose darstellt und eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich machen kann. Weiterführende Diagnostik oder Behandlung erfolgt gegebenenfalls außerhalb dieses Versorgungsangebots im Rahmen der Regelversorgung.

6. Widerruf der Teilnahme und der Einwilligung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich kann meine Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Der Widerruf kann gerichtet werden an:

Debeka BKK
Versorgungprogramme
Im Metternicher Feld 50
56072 Koblenz

oder elektronisch

versorgungsprogramme@debeka-bkk.de

Mir ist bekannt, dass eine weitere Teilnahme am Versorgungsangebot nach Widerruf der erforderlichen Einwilligung nicht mehr möglich ist.

7. Bestätigung

Ich bestätige, dass
a) ich freiwillig an dem Versorgungsangebot teilnehme,
b) ich die Versicherteninformation erhalten habe,
c) ich das Datenschutzmerkblatt erhalten habe,
d) ich in die für die Durchführung erforderliche Verarbeitung meiner Daten einwillige,
e) meine Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum: \[●] Name des Versicherten: \[●] Elektronische Bestätigung / digitale Abgabe: \[●]