

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“

Neueinschreibung	<input type="checkbox"/>	Arztwechsel	<input type="checkbox"/>
ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus-IK			

Ausfertigung für die Versicherten

1. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahme an der besonderen Versorgung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. **Ich bin mit dem Inhalt der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT) und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der Versicherteninformation.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Die Teilnahme endet auch, wenn meine erforderliche Mitwirkung fehlt.

2. Information zur Durchführung Ihrer Teilnahme

Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einen medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Leistungserbringers entstandenen Mehrkosten auferlegt werden. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen (z.B. wiederholte, schuldhaftes Nicht-Einhaltung der Therapieempfehlung), können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beschriebenen Verarbeitung meiner Daten (siehe Versicherteninformation) einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt entsprechend der Sozialdatenschutzbestimmungen seine Daten auf elektronischem Weg an die KVNO/KVWL Consult bzw. deren Abrechnungszentrum übermittelt.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT)

Neueinschreibung	<input type="checkbox"/>	Arztwechsel	<input type="checkbox"/>
ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus-IK			

Ausfertigung für die Krankenkasse

1. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahme an der besonderen Versorgung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. **Ich bin mit dem Inhalt der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT) und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der Versicherteninformation.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Die Teilnahme endet auch, wenn meine erforderliche Mitwirkung fehlt.

2. Information zur Durchführung Ihrer Teilnahme

Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einen medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Leistungserbringers entstandenen Mehrkosten auferlegt werden. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen (z.B. wiederholte, schuldhaftes Nicht-Einhaltung der Therapieempfehlung), können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beschriebenen Verarbeitung meiner Daten (siehe Versicherteninformation) einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt entsprechend der Sozialdatenschutzbestimmungen seine Daten auf elektronischem Weg an die KVNO/KVWL Consult bzw. deren Abrechnungszentrum übermittelt.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters
-------	--

Versicherteninformation zur besonderen ambulanten Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT)

I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, in Textform (per Brief, E-Mail oder Fax) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse. Sie finden beigefügt eine Liste mit den Kontaktdaten der an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Krankenkassen.

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. Sie können den Datenschutzbeauftragten postalisch oder per E-Mail kontaktieren. Sie finden beigefügt eine Liste mit allen Datenschutzbeauftragten inkl. Kontaktdaten der an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Krankenkassen.

Gemäß Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist Ihre Krankenkasse für die Erhebung der Daten verantwortlich (siehe dazu beiliegende Kontaktliste).

Sie haben

- das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i.V. m. § 83 SGB X)
- das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X)
- das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Ausführliche und aktuelle Informationen über Ihre Rechte als Versicherte/-r und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse. Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, sendet Ihnen Ihre Krankenkasse gerne die ausführlichen Informationen per Post zu. Bei Fragen wenden Sie sich jederzeit an Ihre Krankenkasse.

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei Ihrer Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

Datenverarbeitung Ihrer Informationen zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an Ihre Krankenkasse. Diese meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten, Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an die genannte Einrichtung zurück. Anschließend informiert die Einrichtung die Leistungserbringer.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss von ihm eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt Ihr Arzt entsprechend der Sozialdatenschutzbestimmungen seine/Ihre Daten auf elektronischem Weg an die KVNO/KVWL Consult bzw. deren Abrechnungszentrum. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend auf elektronischem Weg an Ihre Krankenkasse weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten vergütet Ihre Krankenkasse an die KVNO/KVWL bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum. Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Vorname, Nachname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus, behandelnder Arzt, Kassenkennzeichen, Unfallkennzeichen, Abrechnungsziffern, Behandlungstag, Teilnahmedaten, sowie Gebührennummer.“

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, berät Sie Ihre Krankenkasse gern. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern oder Ihrer Krankenkasse.

Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen zur besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT)

Widerspruch			Datenschutzbeauftragte	
Krankenkasse	Anschrift	E-Mailadresse	Anschrift	Internetseite