

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

Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten und Abrechnungsf formular

für die besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V zur Amlyopievorsorge für Kinder

Vertragskennzeichen: 171A1400010

Per Fax an: 05141 15-9861

BKK Mobil Oil
Abrechnungsmanagement
29218 Celle

Teilnahmeerklärung:

Das Versorgungsangebot im Rahmen dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mit den einzelnen Behandlungsschritten und den Teilnahmebedingungen wurde mir/uns von dem gewählten und behandelnden Arzt vorgestellt.

.....
(aufklärender Arzt, LANR, BSNR)

Ich/Wir bestätige/n mit meiner/unserer Unterschrift, dass ich/wir als Erziehungsberechtigte

- über die Inhalte des Versorgungsmodells, insbesondere über die Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde/n und eine Teilnahme wünsche/n.
- die Patienteninformation erhalten habe/n und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin/sind.
- bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil versichert bin/sind bzw. einen Wechsel mitteile/n.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen. Während der Teilnahme sind die Versicherten für diese Behandlung an den von ihnen gewählten Arzt gebunden. Die aktive Mitwirkung des Versicherten ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei einem Pflichtverstoß können dem Versicherten Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.
- **ich meine Erklärung zur Teilnahme an dem Versorgungsmodell innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe widerrufen kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil erfolgen und bedarf keiner Begründung.**
- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
 - mit einem Krankenkassenwechsel,
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - bei vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Versorgungsmodell vorgesehenen Leistungen,
 - beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer,
 - mit dem Datum, an dem die Betriebskrankenkasse Mobil Oil den Vertrag beendet.

<u>T</u>	<u>T</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten der/des Versicherten

Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von dem behandelnden Facharzt für Augenheilkunde verarbeitet und an den Vertragspartner, die Betriebskrankenkasse Mobil Oil, unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich/wir zu, dass die Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Arztnummer, Betriebsstättennummer, Datum) zu

Zwecken der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und des Vertragscontrollings zwischen den genannten Vertragspartnern weitergegeben werden dürfen.

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass ich/wir die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Die Patienteninformation nach Art. 13 EU-DS-GVO habe/n ich/wir erhalten ja

T T M M J J J J

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten der/des Versicherten

Abrechnungsformular für die/den Ärztin/Arzt

Untersuchungsinhalte	
Kinder im Alter von 31 bis 42 Monate	Kinder im Alter von 6 bis 12 Monate
<ul style="list-style-type: none"> - Gezielte Anamnese - Visusbestimmung (<i>monokular R und L mit altersgemäßer Methodik, bei Nystagmus auch binokular</i>) - Refraktionsbestimmung (<i>mit Skiaskopie und fakultativ zusätzlich Autorefraktometrie</i>) - Untersuchung auf Stellung der Motilität - Morphologie (<i>Vorderabschnittsbeurteilung, Funduskopie in Miose</i>) - Umfassende Beratung, auch über die Ergebnisse und ggf. weitere, medizinisch gebotene Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gezielte Anamnese - Refraktionsbestimmung (<i>mit Skiaskopie</i>) in Mydriasis - Untersuchung auf Stellung der Motilität - Morphologie (<i>Vorderabschnittsbeurteilung, ggf. Funduskopie</i>) - Umfassende Beratung, auch über die Ergebnisse und ggf. weitere, medizinisch gebotene Maßnahmen <p>Risikohintergrund (<i>bitte ankreuzen</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnostizierte Amblyopie bei Eltern oder Geschwistern <input type="checkbox"/> Deutliche Hyperopie <input type="checkbox"/> Schielen <input type="checkbox"/> Größere Anisometropie

Erklärung der Ärztin/des Arztes (bitte ankreuzen)

Ich erkläre, die hier abgerechneten ärztlichen Leistungen unter Einhaltung aller Regelungen des Vertrages zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 73c SGB V zur Amblyopievorsorge – auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind – erbracht zu haben.

Ich bitte um Überweisung der Vergütung auf folgendes Konto:

Bank: _____

Kontoinhaber/in: _____
(falls abweichend)

BIC: _____

IBAN: _____

Verwendungszweck/Rechnungsnummer: _____

(Falls keine Angabe von Verwendungszweck oder Rechnungsnummer erfolgt, wird als Betreff die KV-Nummer des Versicherten angegeben. Aus Datenschutzgründen darf kein Versichertenname im Verwendungszweck der Überweisung angegeben werden.)

T T M M J J J J

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel des Leistungserbringers

Sehr geehrte Erziehungsberechtigten,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Teilnahme an unserem besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsvertrag zur Amlyopievorsorge für Kinder.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieses Versorgungsvertrages informieren, die Sie vor einer Teilnahme wissen sollten:

Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrags

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil bietet ihren Versicherten im Alter von 31 bis 42 Monaten einmalig, bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren im Alter von 6 bis 12 Monaten zusätzlich, eine besondere Untersuchung zur gezielten Früherkennung von Amlyopie (Schwachsichtigkeit) an. Diese Untersuchung geht über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse hinaus.

Rechte und Pflichten bei Teilnahme an diesem Vertrag

Versicherte geben schriftlich das Einverständnis zur Teilnahme auf der dafür vorgesehenen Teilnahmeerklärung, nachdem sie zuvor umfassend von dem teilnehmenden Augenarzt über die Inhalte dieses Vertrags aufgeklärt wurden.

Die aktive Mitwirkung des Versicherten ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei einem Pflichtverstoß können dem Versicherten Leistungen innerhalb dieser Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.

Mitwirkungspflichten sowie Folgen fehlender Mitwirkung

Für die Dauer der Teilnahme verpflichten sich die Versicherten dazu, nur die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Bei Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer endet die Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag.

Widerruf

Die Teilnahme an dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronischer Form oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hieraus entstehen Ihnen keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse Mobil Oil. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind die Versicherten für die Dauer der Amlyopievorsorge an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme kann jedoch bei Vorliegen von außerordentlichen Gründen auch darüber hinaus jederzeit gekündigt

werden. Außerordentliche Gründe können beispielsweise ein Wohnortwechsel oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt sein.

Datenverarbeitung

Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrags nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie auf der Patienteninformation nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung.

Freundliche Grüße

Ihre Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der EU-DS-GVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DS-GVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme an dem besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsmodell zur Amplyopieversorgung für Kinder treffen können.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Friedenheimer Brücke 29, 80639 München).

2. An wen kann ich mich wenden?

Der Datenschutzbeauftragte der Betriebskrankenkasse Mobil Oil ist unter der E-Mail-Adresse Datenschutz@bkk-mobil-oil.de zu erreichen.

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des oben genannten Vertrages erhoben werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 73c SGB V.

4. An wen werden meine Daten übermittelt?

Die Daten werden vom behandelnden Facharzt für Augenheilkunde erhoben, verarbeitet und an die Betriebskrankenkasse Mobil Oil mittels eines Abrechnungsformulars gesendet. Folgende Daten werden zu Abrechnungszwecken übermittelt: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Betriebsstättennummer, Arztnummer, Leistungsdatum.

5. Wann werden die Daten gelöscht?

Die gespeicherten Daten werden regelmäßig nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben zehn Jahre aufbewahrt werden und werden erst nach Ablauf dieser zehn Jahre endgültig gelöscht.

6. Welche Rechte habe ich?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO) oder Löschung (Art. 17 DS-GVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO).

7. Was passiert, wenn ich meine Einwilligung widerrufe?

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

8. Wo kann ich mich beschweren?

Sie haben ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde. Für die Betriebskrankenkasse Mobil Oil ist dies der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, www.bfdi.bund.de).

9. Auf welcher gesetzlichen Grundlage werden die Daten verarbeitet?

Die Teilnahme am besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsvertrag ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. Die Verarbeitung der Daten basiert auf Ihrer Einwilligung. D. h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V nicht (mehr) möglich ist.