

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

**Teilnahme- und  
Einwilligungserklärung zur  
Datenverarbeitung**

**BARMER**

**Bitte schicken Sie das  
Original an**

BARMER  
Scanzentrum  
73520 Schwäbisch Gmünd

Vertragskennzeichen  
171712AE002

**Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung  
Hautvorsorge-Verfahren nach § 73c SGB V**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur vollständig durchgeführten Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Behandlung gebunden. Danach endet meine Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere ambulante ärztliche Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Verstoße ich gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die BARMER, dies zu unterlassen, kann die BARMER meine Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die BARMER mir die Kosten auferlegen, die der BARMER durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

**Widerrufsbelehrung**

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

**Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift/Stempel Arzt

## Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung Hautvorsorge-Verfahren (VKZ 171712AE002)

Die BARMER hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einen Vertrag über eine Besondere ambulante ärztliche Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen (z.B. niedergelassene Ärzte, Therapeuten)

### **Verbesserte Versorgung**

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Die vertragsschließenden Parteien verfolgen mit dieser Vereinbarung das Ziel, Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen, den Informationsstand einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen. Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches

Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebskrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

### **Diese Leistungen können Sie erwarten**

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bieten wir Ihnen jedes zweite Jahr folgende Leistungen:

Durchführung einer prophylaktischen Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Diese umfasst die Anamnese, eine körperliche Untersuchung sofern medizinisch erforderlich einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute) sowie die Dokumentation. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Untersuchung, wobei insbesondere das persönliche Risikoprofil sowie Hilfen zur Vermeidung bzw. zum Abbau von gesundheitsschädlichen

### **Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind**

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teil. Alle beteiligten

Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

### **Wie Sie teilnehmen können**

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BARMER im Alter von 19 bis 34 Jahren. Die Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt.

Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie an die Teilnahmeerklärung bis zur vollständig durchgeführten Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Behandlung gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt. Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere ambulante ärztliche Versorgung beendet wird.

### **Ihren Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an**

BARMER  
Scanzentrum  
73520 Schwäbisch Gmünd

Die Niederschrift können Sie bei jeder Geschäftsstelle der BARMER erklären.

### **Bleiben Sie treu!**

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im

Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die BARMER Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die BARMER Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die BARMER verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

# BARMER

## Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung Hautvorsorge-Verfahren (VKZ 171712AE002)

### Das Wichtigste vorab:

**Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten.**

#### Teilnahmedaten

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch Ihren behandelnden Arzt an die BARMER geschickt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

#### Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

**Die BARMER erhält auf jeden Fall keine Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.**

#### Abrechnungsdaten

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die BARMER übersenden. Bei der BARMER werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die beteiligten Leistungserbringer, die BARMER, die Vertragspartner der BARMER sowie die Abrechnungsstelle sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

### **Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung**

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme," genannte Adresse oder zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER.

### **Prüfung durch den MDK**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die BARMER veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß des gesetzlich vorgesehenen Verfahrens weiterzuleiten. Der Arzt des MDK ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

### **Datenlöschung bei der BARMER**

Ihre bei der BARMER erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden

bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von der BARMER für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

### **Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER**

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

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

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der BARMER unter

BARMER

Datenschutzbeauftragter

Lichtscheider Straße 89

42285 Wuppertal

E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Husarenstr. 30

53117 Bonn

E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)