

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



**Teilnahmeerklärung/
Einverständnis zur
Datenverarbeitung**
Vertragskennzeichen
121732AE001

Bitte schicken Sie das Original der Teilnahmeerklärung an den/die Ansprechpartner/in der jeweils zuständigen Krankenkasse (Kopie an den Teilnehmer)

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“ nach § 140a SGB V.

Über die Inhalte und den Zweck der Versorgung zum Pflegeheim Projekt SaarPHIR sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder durch eine Pflegefachkraft (Pflegekoordinator) aufgeklärt.

Ich habe die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ und die Einwilligungserklärung erhalten **und stimme diesen zu**. Mit der Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung durch die beteiligten Leistungserbringer der „Saarländischen PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“ **bin ich einverstanden**.

Während der Teilnahme an diesem Vertrag bin ich für die im Vertrag geregelten Leistungen an die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer grundsätzlich gebunden. Dies gilt nicht für medizinische Notfälle oder im Falle einer Überweisung durch teilnehmende Leistungserbringer.

Meine Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. An die Teilnahmeerklärung bin ich nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zum Ende der Projektlaufzeit, dem 31.03.2021 gebunden. Während dieser Bindungsfrist kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) bei meiner Krankenkasse kündigen. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung der Teilnahme kann vorliegen, wenn z.B. das Zutrauen in die Behandlungsmethode oder das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärzten gestört ist.

Meine Teilnahme endet automatisch, wenn dieser Vertrag endet, spätestens am 31.03.2021. Die Teilnahmeerklärung wird nach meiner Unterschrift an meine Krankenkasse übermittelt und dort elektronisch erfasst. Beim Wechsel der Krankenkasse während meiner Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung ist eine neue Teilnahmeerklärung an die neu zuständige Krankenkasse erforderlich, sofern diese an der Besonderen Versorgung teilnimmt. Andernfalls endet die Teilnahme mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

Hiermit erkläre ich auch mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V zum Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes

„Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“. Ich weiß, dass meine im Rahmen des Versorgungsprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Versorgungsprogramm.

Ich habe den Text auf Seite 2 zur Nutzung meiner Daten, der Möglichkeit eines Widerrufs sowie die Patienteninformation gelesen und bin damit einverstanden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner Hausärztin bzw. meinem Hausarzt bzw. mit einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter des Pflegeheims über die Durchführung des Projektes zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

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 Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser schriftlichen Belehrung über Ihr Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter /in Gesundheitsfürsorge für die Erklärung zur Teilnahme und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Stempel der Arztpraxis / Unterschrift Ärztin / Arzt

Erläuterungen zum Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V zum Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“

Mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung/ Dateneinverständniserklärung erkläre ich, dass

- ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Leistungsabrechnung dieses Projektes von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS, Sitz in Saarbrücken) und meiner Krankenkasse erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- ich damit einverstanden bin, dass meine Daten in einer medizinischen Fallakte dokumentiert werden.
- diese Teilnahmeerklärung/ Dateneinverständniserklärung von meiner Krankenkasse elektronisch erfasst wird. Meine Daten werden von den Vertragsparteien unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben vertraulich behandelt.

Einverständnis zur Teilnahme an einer Befragung (Fragebögen) und der Verarbeitung der darin enthaltenen Daten:

Ich bin damit einverstanden, an Befragungen zur Ermittlung des patientenzentrierten Nutzens teilzunehmen. Mit diesen Fragebögen werden mein Gesundheitszustand sowie meine Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung erfasst. Die Fragebögen werden von meiner Pflegeeinrichtung an die nachstehend benannten Institute gesandt. Die vorgenannten Angaben sind erforderlich, um den Evaluationsinstituten eine valide wissenschaftliche Auswertung des Projektes SaarPHIR zu ermöglichen.

Einverständnis zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung:

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des Innovationfonds, der u.a. eine Versorgungsverbesserung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt.

Ich wurde über die Ziele, den Ablauf, die beteiligten Stellen und die Datenflüsse der wissenschaftlichen Begleitforschung in der beigefügten Patienteninformation zur Datenverarbeitung informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Versorgung zusammenhängenden medizinischen Daten durch die Leistungserbringer an die nachstehend benannten Institute zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation pseudonymisiert übermittelt und dort verarbeitet werden:

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken

Universität des Saarlandes
Klinische Pharmazie
Campus C 2 2
66123 Saarbrücken

Bergische Universität Wuppertal
Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung
Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
42119 Wuppertal

Einwilligung in die Datenübermittlung von Routinedaten zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung:

Mit meiner Unterschrift auf der Dateneinverständniserklärung willige ich ein, dass meine zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung notwendigen Routinedaten - von meiner Krankenkasse an die zuvor benannten Institute - zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung übermittelt und dort in pseudonymisierter Form verarbeitet werden.