

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen und ihrer Verbände Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellenerhalten können.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
 - Information unserer Selbsthilfeorganisation durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
 - Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
 - Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfeorganisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeorganisation sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten.
-

Zuständiger für den Datenschutz

Über die folgenden Kontaktdaten kann mit den für den Datenschutz zuständigen Stellen Kontakt aufgenommen werden:

Datenschutzbeauftragter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Verwaltungsgebäude Trimonte Park 2/3
Wasserstr. 214
44781 Bochum
Tel: 0234 / 3040
Fax: 0234 / 30483990
E-Mail: datenschutz@kbs.de

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein und haben die Hinweise zu Datenschutz und Transparenz für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und ihrer Verbände nach § 20 h SGB V zur Kenntnis genommen:



Ort, Datum



Unterschrift 1. Legitimierter Vertreter



Ort, Datum



Unterschrift 2. Legitimierter Vertreter