

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

## Erklärung zur Teilnahme

Besondere Versorgung:  
 Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von  
 Begleiterkrankungen  
 des Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe

**- Original bei der KNAPPSCHAFT,  
 Dezernat VIII.2.4, Wasserstr. 215,  
 44799 Bochum, einreichen -**

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde.
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- dass ich mich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung binde und ich meine Teilnahme spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der KNAPPSCHAFT kündigen kann. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).
- dass die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzung, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei der KNAPPSCHAFT endet.

**Belehrung über Ihr Widerrufsrecht.** Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT.

### 2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Diese Teilnahmeerklärung wird der KNAPPSCHAFT über Ihren behandelnden Arzt übermittelt. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragten Stelle. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**  
 Die Versicherteninformation und das Datenschutzmerkblatt habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

### - Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Vertragsarztstempel

# Besondere Versorgung

## Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Westfalen-Lippe

### Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren.

### Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen.

Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen.

Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der diabetischen Nervenschädigung (Neuropathie),
- der Gefäßschädigung (Angiopathie),
- der Störung der Harnblasenentleerung (neurogene Blase bzw. Blasenatonie),
- der Schädigung der Leber (Diabetesleber), sowie
- der chronischen Nierenkrankheit (Niereninsuffizienz).

### Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Im Rahmen dieser Versorgung sind Sie für die Dauer Ihrer Teilnahme verpflichtet, ausschließlich die vertraglich vereinbarten Leistungen bei den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen. Verstoßen Sie während Ihrer Teilnahme gegen diese Verpflichtung, sind bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen und die KNAPPSCHAFT kann Sie von der weiteren Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ausschließen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht in Notfällen vor.

## **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KNAPPSCHAFT Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Sie binden sich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Ihre Teilnahme können Sie spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der KNAPPSCHAFT kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, können Sie Ihre Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnortwechsel).

Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, senden Sie Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax, E-Mail) an die KNAPPSCHAFT.

## **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die KNAPPSCHAFT behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KNAPPSCHAFT überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden.

Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

# Besondere Versorgung (BesV)

## Vertrag zur Versorgung von Diabeteskomplikationen

### Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die KNAPPSCHAFT die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die ihr behandelnder Vertragsarzt von Ihnen als Teilnehmer erhebt und an die KNAPPSCHAFT weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die KNAPPSCHAFT behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage von § 140a SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten sowie zu Ihren Rechten finden Sie u. a. auf der Homepage der KNAPPSCHAFT.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Landesbeauftragte bzw. Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
[poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Husarenstr. 30  
53117 Bonn  
[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)