

Angabe der Krankenkasse:



Einverständniserklärung für Versicherte

Teilnahme am Vertrag zur besonderen
Versorgung chirurgisch zu behandelnder Kinder ♦
Zustimmung zur
Datenerhebung, -nutzung und -verarbeitung ♦
Befragung zur Lebensqualität

Patientenaufkleber / Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich bin mit folgenden Regelungen einverstanden:

- (2) Ja, *ich möchte/ ich möchte, dass mein Kind** an der von der Nordpark Ärztenetz GmbH und *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes* angebotenen besonderen Versorgung *teilnehmen/teilnimmt* und wünsche die Behandlung */die Behandlung meines Kindes* auf Grundlage der mir vorgestellten besonderen Versorgung.
- (3) Diese Teilnahme- und Einverständniserklärung, die nähere Informationen zu den Zielen und Inhalten der Versorgung enthält, hat mir *mein Arzt/der Arzt meines Kindes* vor Unterzeichnung als Ausdruck im Auftrag *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes* überreicht.
- (4) Das Behandlungsprogramm im Rahmen der besonderen Versorgung wurde mir durch *meinen behandelnden Arzt/den behandelnden Arzt meines Kindes* vorgestellt. Die an diesem Programm teilnehmenden Operateure wurden mir mitgeteilt bzw. eine entsprechende Liste wurde mir ausgehändigt. Die Behandlung *meiner Erkrankung/der Erkrankung meines Kindes* kann nur durch die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte durchgeführt werden.
- (5) Im Rahmen dieser Versorgung wird auf der Grundlage des § 140a SGB V der Zugang zu stationärer und ambulant durchführbaren Operationen für chirurgisch zu behandelnde Kinder geregelt. Die Versorgung beinhaltet folgende Leistungen:
 - die sorgfältige Abklärung der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs,
 - die Sicherstellung der im Vertrag aufgeführten Operationen,
 - die damit verbundenen Anästhesien,
 - die gegebenenfalls erforderliche postoperative kurzzeitpflegerische Nachbetreuung,
 - postoperative Untersuchungen, Diagnostik sowie Behandlungen,
 - postoperative Nachbetreuung und Kontrolluntersuchungen.
- (6) Die Leistungen werden als stationärer Leistungserbrachter erbracht. Stationärer Leistungserbrachter sind operative Eingriffe, die durch die optimale Vernetzung der Leistungserbringer, die fortschrittliche Technik, sowie die modernen Operationsverfahren und die Spezialisierung der operierenden Fachärzte in hoher Qualität und wirtschaftlich in den beteiligten Kliniken ambulant oder sofern erforderlich, mit postoperativer Nachsorge im überwachten Bett, erbracht werden können. Die kurzzeitstationäre operative Therapie, inklusive der Nachsorge im überwachten Bett, erstreckt sich dabei auf nicht mehr als drei Nächte bzw. vier Tage.
- (7) *Meine Teilnahme/Die Teilnahme meines Kindes* ist freiwillig. *Mein/Sein* Recht auf freie Arztwahl wird dadurch nicht eingeschränkt. Ab der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung *bin ich/ist mein Kind* bis zum Abschluss der letzten Nachuntersuchung an diese Versorgung gebunden. Ich kann *meine Teilnahme/die Teilnahme meines Kindes* jederzeit außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z.B. ein Wohnortwechsel oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu dem operierenden Arzt) vorliegen.
- (8) Kündigungen erfolgen schriftlich gegenüber *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes*. *Meine/Seine* Krankenkasse informiert den operierenden Arzt von der Kündigung.

- (9) Die, die *meine Person/die Person meines Kindes* betreffenden, im Rahmen der besonderen Versorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde können von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden.
- (10) Die teilnehmenden Leistungserbringer dürfen Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die Vertragspartner und *meine Krankenkasse/die Krankenkasse meines Kindes* weitergeben.
- (11) Ich berechtige die teilnehmenden Leistungserbringer, die die *meine Person/ meines Kindes* betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, die im Rahmen der besonderen Versorgung dokumentiert werden, zum Zwecke der Qualitätssicherung und Abrechnungsprüfung dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu übermitteln und *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes* das Ergebnis mitzuteilen (§§275 ff SGB V). Soweit eine Abrechnungsprüfung durch *meine Krankenkasse/die Krankenkasse meines Kindes* oder einen von ihr beauftragten medizinischen Berater erfolgt, sind die Angaben auf die Abrechnungsdaten (§ 295 Abs. 1 SGB V) beschränkt.
- (12) Die erbrachten Leistungen *meines Arztes/des Arztes meines Kindes* werden gemäß § 295a SGB V im Auftrag der Nordpark Ärztenetz GmbH durch eine beauftragte Abrechnungsgesellschaft (Hüttner und Werfling Softwareentwicklung GbR, Konrad Zuse Straße 12, 99099 Erfurt) abgerechnet. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt *mein behandelnder Arzt/der behandelnde Arzt meines Kindes* seine erforderlichen Abrechnungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versichertennummer, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) an die Hüttner und Werfling. Hüttner und Werfling wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an *meine Krankenkasse/ die Krankenkasse meines Kindes* weiterleiten. Alle Mitarbeiter von Hüttner und Werfling unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis.
- (13) Die Nordpark Ärztenetz GmbH kann mich im Verlauf dieser besonderen Versorgung über *meine/die Lebensqualität meines Kindes* befragen. Meine Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und hat keine Auswirkungen auf die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.
- (14) Bitte ankreuzen:
- Ja, die Nordpark Ärztenetz GmbH darf mich im Verlauf dieser besonderen Behandlung über *meine Lebensqualität/die Lebensqualität meines Kindes* befragen. Meine Antworten dürfen in anonymisierter Form ausgewertet werden.
 - Nein, ich willige nicht in die Befragung zur Lebensqualität durch die Nordpark Ärztenetz GmbH ein.
- (15) *Meine Krankenkasse/Die Krankenkasse meines Kindes* kann *meine Teilnahme/die Teilnahme meines Kindes* durch Kündigung mit sofortiger Wirkung beenden, wenn ich meine sich aus dieser Teilnahmeerklärung ergebenden Verpflichtungen nicht einhalte.
- (16) Mit der Teilnahme an dieser Versorgung ist eine anderweitige Inanspruchnahme entsprechender Leistungen zu Lasten *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes* ausgeschlossen. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen hat die Krankenkasse mir gegenüber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die anderweitige Inanspruchnahme.

Widerrufsbelehrung:

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der BIG ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn *mein Arzt/der Arzt meines Kindes* als Vertreter *meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes* mir diese Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt,

dass die Teilnahme an dem Behandlungsprogramm freiwillig ist. Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich die Zustimmung zur Datennutzung durch die o. g. teilnehmenden Leistungserbringer und durch *meine Krankenkasse/die Krankenkasse meines Kindes* jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Widerruf der Datennutzung *nehme ich/nimmt mein Kind* automatisch nicht mehr am Behandlungsprogramm teil.

Die Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund können unter datenschutz@big-direkt.de kontaktiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
bzw. des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Vertragspartners