

Einwilligungserklärung

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	Wohnort:	Tel.-Nr.:
Kostenträger:	KV-Nr.:	

Die Aufklärung erfolgte im Einvernehmen mit meinem behandelnden Arzt / Facharzt:

Behandelnder Arzt:

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, die zur Leistungserbringung erforderlich sind, gespeichert werden oder an Kostenträger sowie an Kooperationspartner des Leistungserbringers zum Zweck der Leistungsabrechnung sowie im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu Händen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) widerruflich übermittelt werden (z.B. Medikamentenplan, Wunddokumentation).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Wunde/n zu rein medizinischen Zwecken EDV-gestützt erfasst und zur Vereinfachung der Beurteilung fotografiert wird/werden.

Die Fotografien sind ausschließlich für die Wunddokumentation bestimmt. Ich untersage ausdrücklich, dass die Fotografien Dritten zugänglich gemacht werden, es sei denn, es besteht die gesetzliche Verpflichtung. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung dürfen die Fotografien meiner Wunde(n) als Beweismittel verwendet werden.

Zusätzlich zur Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung im Rahmen o.g. Leistungserbringung erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der integrierten Versorgung folgende Personen Zugriff auf meine erfassten personenbezogenen Daten haben:		
<input type="checkbox"/> Zweck:	_____	Einsicht durch: _____
<input type="checkbox"/> Zweck:	_____	Einsicht durch: _____
<input type="checkbox"/> Zweck:	_____	Einsicht durch: _____
<input type="checkbox"/> Zweck:	_____	Einsicht durch: _____
<input type="checkbox"/> Zweck:	_____	Einsicht durch: _____

Ich kann eine Übermittlung meiner Daten verweigern und eine bestehende Einwilligung zu jeder Zeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Einer Übermittlung meiner personenbezogenen Daten

- stimme ich zu.
 stimme ich nicht zu.

Datenschutzerklärung

- Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten und der Fotodokumentation im Rahmen der Wundversorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ (Seite 2) erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Versorgungsauftrages einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Die Einwilligungserklärung wurde verlesen von Frau / Herrn _____

Ort/Datum:	Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten
------------	--

Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz

Welche Daten werden für die Zwecke der Integrierten Versorgung erfasst?

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von mir erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse zur Verfügung. Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer gemäß § 295a SGB V seine Daten an das mit der Vertragsabwicklung beauftragte Dienstleistungsunternehmen. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft.

Diese Daten werden anschließend auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an das abrechnende Dienstleistungsunternehmen aus.

Die an der Integrierten Versorgung beteiligten ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, eine Dokumentation mit den Patientendaten zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf Ihr behandelnder ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer Ihre betreffenden medizinischen Informationen aus dieser Dokumentation nur mit Ihrer Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Einwilligungserklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Behandlungsvertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Behandlungsvertrag.

Wie kann eine Einwilligung zur Nutzung und Speicherung personenbezogener Daten widerrufen werden?

Sie können Ihre Einwilligung in die Nutzung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit und ohne eine Angabe von Gründen widerrufen. Den Widerruf erklären Sie schriftlich oder per E-Mail gegenüber Ihrem Leistungserbringer. Auf gleichem Wege können Sie eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Leistungserbringer.