

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Teilnahmeerklärung zur Mitgliedschaft an der „Integrierten Versorgung“ und „Freunde von Gesundes Kinzigtal“



Exemplar für Gesundes Kinzigtal

Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:

Name

Telefon Festnetz (Angabe freiwillig)

Vorname

Telefon mobil (Angabe freiwillig)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass mir allgemeine Informationen zu Gesundes Kinzigtal per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit und formlos gegenüber dem Absender widerrufen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft. Getreu unseres Mottos „**Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit**“ möchten wir gemeinsam mit Ihnen dafür sorgen, dass Ihre persönliche Gesundheit gestärkt wird, aber auch generell eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Kinzigtal erreicht wird. Als Mitglied oder Freund von Gesundes Kinzigtal profitieren Sie von der engeren Zusammenarbeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Physiotherapeuten und Apotheken. Diese enge Verknüpfung ermöglicht besser aufeinander abgestimmte Behandlungsabläufe und

eine umfassende Betreuung. Wir sorgen heute vor, damit Sie auch morgen noch eine gute Gesundheitsversorgung im Kinzigtal für sich und Ihre Angehörigen nutzen können.

Grundsätzlich gilt: Die Mitgliedschaft ist kostenlos, und Sie können Ihren Arzt und Ihr Krankenhaus in ganz Deutschland weiterhin frei wählen: Es gibt keine Einschränkung auf den Kreis der teilnehmenden ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungspartner.

Wenn Sie im Kinzigtal* wohnen und bei einer der mit uns vertraglich kooperierenden Krankenkassen versichert sind, können Sie sich als Mitglied von Gesundes Kinzigtal anmelden. Mit der Mitgliedschaft verbunden sind Mitspracherechte, durch die Sie bei der jährlichen Mitgliederversammlung die Entwicklung von Gesundes Kinzigtal aktiv mitgestalten können. Ein „Arzt des Vertrauens“, den Sie aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten wählen, unterstützt Sie bei der Koordination aller medizinischen und pflegerischen Maßnahmen.

Sie möchten Mitglied werden? Dann füllen Sie bitte hier aus:

Ja, ich möchte an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ teilnehmen. Ich erkläre meine Teilnahme ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt. Ich erkläre, dass mir die Einwilligungserklärung zum Datenschutz ausgehändigt wurde. Ich wähle ab sofort aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten folgenden „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“:

Name des „Arztes/Psychotherapeuten des Vertrauens“

Nein, ich möchte zurzeit keinen „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“ aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte bestimmen.

Name meines behandelnden Hausarztes

Ich bin derzeit nicht in ärztlicher Behandlung

Die Mitgliedsform „**Freund** von Gesundes Kinzigtal“ steht Versicherten aller anderen Krankenkassen im Versorgungsbereich von Gesundes Kinzigtal offen. Ob Ihre Kasse bereits Partner ist und mit welchem Leistungsspektrum, erfahren Sie unter gesundes-kinzigtal.de/krankenkassen. Wird Ihre Krankenkasse Vertragspartner von Gesundes Kinzigtal, passen wir Ihren Mitglieds- bzw. Freunde-Status ggf. an. Sie werden darüber schriftlich informiert.

Sie möchten „Freund von Gesundes Kinzigtal“ werden? Dann füllen Sie bitte hier aus:

Ja, ich möchte an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ teilnehmen. Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied ab der Vertragsteilnahme meiner Krankenkasse.

Name meines behandelnden Hausarztes

Hiermit erkläre ich, dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ hingewiesen wurde.

Datum Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters**/ Betreuers

Einschreibende Praxis

* 77791 Berghaupten, 77781 Biberach, 77716 Fischerbach, 77723 Gengenbach, 77793 Gutach, 77716 Haslach, 77756 Hausach, 77716 Hofstetten, 78132 Hornberg, 77796 Mühlbach, 77787 Nordrach, 77784 Oberharmersbach, 77709 Oberwolfach, 77797 Ohlsbach, 77790 Steinach, 77736 Unterharmersbach, 77709 Wolfach und 77736 Zell am Harmersbach

** Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Sie können die Erklärung zur Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Teilnahmeerklärung zur Mitgliedschaft an der „Integrierten Versorgung“ und „Freunde von Gesundes Kinzigtal“



Exemplar für den Versicherten

Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:

Name

Telefon Festnetz (Angabe freiwillig)

Vorname

Telefon mobil (Angabe freiwillig)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass mir allgemeine Informationen zu Gesundes Kinzigtal per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit und formlos gegenüber dem Absender widerrufen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft. Getreu unseres Mottos **„Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit“** möchten wir gemeinsam mit Ihnen dafür sorgen, dass Ihre persönliche Gesundheit gestärkt wird, aber auch generell eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Kinzigtal erreicht wird. Als Mitglied oder Freund von Gesundes Kinzigtal profitieren Sie von der engeren Zusammenarbeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Physiotherapeuten und Apotheken. Diese enge Verknüpfung ermöglicht besser aufeinander abgestimmte Behandlungsabläufe und

eine umfassende Betreuung. Wir sorgen heute vor, damit Sie auch morgen noch eine gute Gesundheitsversorgung im Kinzigtal für sich und Ihre Angehörigen nutzen können.

Grundsätzlich gilt: Die Mitgliedschaft ist kostenlos, und Sie können Ihren Arzt und Ihr Krankenhaus in ganz Deutschland weiterhin frei wählen: Es gibt keine Einschränkung auf den Kreis der teilnehmenden ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungspartner.

Wenn Sie im Kinzigtal* wohnen und bei einer der mit uns vertraglich kooperierenden Krankenkassen versichert sind, können Sie sich als Mitglied von Gesundes Kinzigtal anmelden. Mit der Mitgliedschaft verbunden sind Mitspracherechte, durch die Sie bei der jährlichen Mitgliederversammlung die Entwicklung von Gesundes Kinzigtal aktiv mitgestalten können. Ein „Arzt des Vertrauens“, den Sie aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten wählen, unterstützt Sie bei der Koordination aller medizinischen und pflegerischen Maßnahmen.

Sie möchten Mitglied werden? Dann füllen Sie bitte hier aus:

Ja, ich möchte an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ teilnehmen. Ich erkläre meine Teilnahme ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt. Ich erkläre, dass mir die Einwilligungserklärung zum Datenschutz ausgehändigt wurde. Ich wähle ab sofort aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten folgenden „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“:

Name des „Arztes/Psychotherapeuten des Vertrauens“

Nein, ich möchte zurzeit keinen „Arzt/Psychotherapeut des Vertrauens“ aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte bestimmen.

Name meines behandelnden Hausarztes

Ich bin derzeit nicht in ärztlicher Behandlung

Die Mitgliedsform **„Freund“** von Gesundes Kinzigtal steht Versicherten aller anderen Krankenkassen im Versorgungsbereich von Gesundes Kinzigtal offen. Ob Ihre Kasse bereits Partner ist und mit welchem Leistungsspektrum, erfahren Sie unter gesundes-kinzigtal.de/krankenkassen. Wird Ihre Krankenkasse Vertragspartner von Gesundes Kinzigtal, passen wir Ihren Mitglieds- bzw. Freunde-Status ggf. an. Sie werden darüber schriftlich informiert.

Sie möchten „Freund von Gesundes Kinzigtal“ werden? Dann füllen Sie bitte hier aus:

Ja, ich möchte an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ teilnehmen. Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied ab der Vertragsteilnahme meiner Krankenkasse.

Name meines behandelnden Hausarztes

Hiermit erkläre ich, dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ hingewiesen wurde.

Datum Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters**/ Betreuers

Einschreibende Praxis

* 77791 Berghaupten, 77781 Biberach, 77716 Fischerbach, 77723 Gengenbach, 77793 Gutach, 77716 Haslach, 77756 Hausach, 77716 Hofstetten, 78132 Hornberg, 77796 Mühlbach, 77787 Nordrach, 77784 Oberharmersbach, 77709 Oberwolfach, 77797 Ohlsbach, 77790 Steinach, 77736 Unterharmersbach, 77709 Wolfach und 77736 Zell am Harmersbach

** Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Sie können die Erklärung zur Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal – was ist das?

Das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteneinitative Kinzigtal e.V. (MQNK) und die OptiMedis AG haben sich zusammengetan und die Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet, um Ihnen im Kinzigtal und Umgebung eine optimale Gesundheitsversorgung zu bieten. Zu diesem Zweck schließt die Gesundes Kinzigtal GmbH mit Krankenkassen Verträge, mit denen sich die Vertragspartner - zum Wohle der Patienten - folgende Ziele setzen:

- Verbesserung der Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern sowie anderen Partnern der Gesundheitsversorgung,
- Verringerung von Fehl- und Doppelbehandlungen,
- Aktivierung von Selbstheilungskräften der Patienten und aktive Beteiligung des Patienten am Gesundungsprozess,
- Starke Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Alle beteiligten Partner nutzen die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft für Vorsorge und Behandlung und wollen damit erreichen, dass die Bevölkerung im Kinzigtal möglichst gesund bleibt bzw. wird.

Arzt / Psychotherapeut des Vertrauens

Alle beteiligten Vertragsärzte und Psychotherapeuten können besondere koordinierende Aufgaben übernehmen.

Als Mitglied wählen Sie aus der Liste unserer Partner Ihren „Arzt oder Psychotherapeuten des Vertrauens“. Er ist für Sie der erste Ansprechpartner und steht Ihnen als „persönlicher Lotse“ durch das Gesundheitssystem beratend zur Seite. Bei Bedarf führt er mit Ihnen ein geeignetes Präventionsprogramm durch und / oder stimmt mit Ihnen weiterführende Behandlungen, z. B. durch Fachärzte oder Krankenhäuser, ab.

Die freie Arzt- und Krankenhauswahl bleibt selbstverständlich weiterhin für Sie bestehen. Wenn Sie keinen Arzt des Vertrauens aus der Liste der teilnehmenden Leistungspartner wählen, entfallen zwar die ärztlich begleiteten Angebote, dennoch können Sie die sonstigen Leistungen der Gesundes Kinzigtal GmbH in Anspruch nehmen.

Ihre Vorteile in der „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“

Als Teilnehmer der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal erhalten Sie beispielsweise

- ein umfangreiches Vorsorgeangebot und eine hochwertige Gesundheitsversorgung,
- vergünstigter und teilweise kostenloser Zugang zu Gesundheitsangeboten
- Unterstützung beim Erreichen der persönlichen Gesundheitsziele,
- eine effiziente Behandlung auf neuestem wissenschaftlichen Stand,
- interessante Seminare und Vorträge rund ums Thema Gesundheit,
- kurzfristige Terminvereinbarung und spezielle Sprechstunden,
- die Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte, durch die Doppeluntersuchungen sowie unnötige Blutentnahmen und Röntgenaufnahmen vermieden werden,
- ein Mitspracherecht für Mitglieder durch einen Patientenbeirat der Integrierten Versorgung.

Einschreibung Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) und Kündigung

Mit Unterzeichnen der Teilnahmeerklärung können Sie die besonderen Vorteile der Integrierten Versorgung genießen. Zur Prüfung Ihrer versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden Ihre Teilnehmedaten ggf. an Ihre Krankenkasse elektronisch übermittelt. Sie erhalten von der Gesundes Kinzigtal GmbH einen Begrüßungsbrief und weitere Unterlagen.

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Quartals kündigen. Schicken Sie uns in diesem Fall Ihr formloses Kündigungsschreiben an untenstehende Adresse.

Wir informieren Ihre Krankenkasse über die Kündigung Ihrer Teilnahme an der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Sie erhalten eine Kündigungsbestätigung.

Besondere Teilnahmebedingungen für AOK-Versicherte

Für AOK-Versicherte, deren Arzt des Vertrauens das Gesundes-Kinzigtal-Abrechnungs- und Vergütungsmodell gewählt hat, gilt darüber hinaus: Erhält Ihre Krankenkasse Ihre Teilnehmedaten rechtzeitig vor dem 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November eines Kalenderjahres, werden Ihre Teilnahme- und Abrechnungsdaten zu Beginn des nächsten Quartals bei der AOK registriert. Erfüllen Sie mit Ihrer Teilnahme die Voraussetzungen für das Abrechnungs- und Vergütungsmodell, erhalten Sie von der AOK Baden-Württemberg unabhängig von der Teilnahme an der Integrierten Versorgung eine Teilnahmebestätigung.

Die AOK beendet die Teilnahme am Abrechnungs- und Vergütungsmodell ggf. automatisch zum nächstmöglichen Quartalsende, wenn

- a) Sie im Laufe Ihrer Teilnahme Kostenerstattung wählen,
- b) sich Ihr Versicherungsstatus ändert, weil Sie z. B. eine Betreuung brauchen,
- c) Sie aus der Versorgungsregion wegziehen oder
- d) Sie Ihre Krankenkasse wechseln.

Ändert sich der Vertragsstatus Ihres AdV, also tritt er zu einem späteren Zeitpunkt dem GK-Abrechnungs- und Vergütungsmodell bei oder beendet er seine Teilnahme daran, wird Ihr GK-Mitgliedsstatus automatisch angepasst. Sie werden in diesen Fällen von der AOK benachrichtigt. Für Sie hat dies keine Auswirkungen auf den Anspruch der Leistungen in der IV.

Besondere Teilnahmebedingungen für Freunde

Die Mitgliedsform „Freund von Gesundes Kinzigtal“ steht Versicherten im Versorgungsbereich von Gesundes Kinzigtal offen, deren Krankenkasse noch kein IV-Vertragspartner ist. Falls Sie die Nutzung der Zentralen Patientenakte für sich wünschen, ist die Unterzeichnung der Datenschutzerklärung erforderlich.

Datenschutz

Mit der Datenschutzerklärung erhalten Sie ein Merkblatt, in dem alle datenschutzbezogenen Regelungen erläutert werden. Außerdem können Sie unter [gesundes-kinzigtal.de/mediathek](https://www.gesundes-kinzigtal.de/mediathek) die jeweils aktuelle Version der Datenschutzerklärung einsehen.

Kontakt:

Gesundes Kinzigtal GmbH
Eisenbahnstraße 17
77756 Hausach
Telefon: 07831 / 96 66 70
E-Mail: info@gesundes-kinzigtal.de



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Datenschutz - Einwilligungserklärung bei der Einschreibung zur Teilnahme an der „Integrierten Versorgung“ und „Freunde von Gesundes Kinzigtal“



Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:

Name
Vorname

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung von Patientendaten im Rahmen der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

moderne, kompetente und bessere medizinische Versorgung kann ohne die Zusammenarbeit von Spezialisten nicht stattfinden. Ihre Krankenkasse und die Firma Gesundes Kinzigtal GmbH haben deshalb einen Vertrag zur Integrierten Versorgung geschlossen. Die Gesundes Kinzigtal GmbH, eine Gemeinschaftsgründung der Management-Gesellschaft OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Kinzigtal, ist für die Organisation der Integrierten Versorgung zuständig. Um Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass alle an der Integrierten Versorgung beteiligten Spezialisten – Ärzte und andere Leistungserbringer, Krankenkassen, die Gesundes Kinzigtal GmbH und externe Dienstleister - Ihre medizinischen Daten untereinander übermitteln, verarbeiten und nutzen können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie an der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal nicht teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Kassenärztlichen Versorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Diese Einwilligungserklärung gilt für eingeschriebene Teilnehmer an der Integrierten Versorgung, für Freunde von Gesundes Kinzigtal sowie Selbstzahler.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Teilnahme-, Behandlungsdaten und Befunde bei Bedarf und nur im unbedingt erforderlichen Umfang

- im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung vom jeweiligen Leistungserbringer an die Gesundes Kinzigtal GmbH übermittelt und von dieser zur Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
- von den mich behandelnden Leistungserbringern aus der Gemeinsamen Dokumentation (gem. § 140 b Abs. 3 SGB V) abgerufen und genutzt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist;
- im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung angebotenen Versorgungsprogrammen von meinem Arzt des Vertrauens an die GesundesKinzigtal GmbH übermittelt und von dieser zur Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
- von meinem behandelnden Arzt an die zentrale Patientenakte übermittelt werden;
- von der OptiMedis AG an Universitäten und Forschungseinrichtungen nur in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Bezug zu meiner Person, zu Zwecken der Auswertung und Erfolgskontrolle übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden; (gilt nicht für Freunde und Selbstzahler)
- im Falle einer AOK-Haus-/FacharztProgramm-Teilnahme von meiner Krankenkasse an die Gesundes Kinzigtal GmbH grundsätzlich in pseudonymisierter Form zur Abrechnungsprüfung weitergegeben und genutzt werden.
- von der OptiMedis AG an Universitäten und Forschungseinrichtungen nur in pseudonymisierter Form, zu Zwecken der Auswertung und Erfolgskontrolle übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden.

Sie können die hier abgegebene Einwilligung gegenüber Ihrer Krankenkasse oder der Gesundes Kinzigtal GmbH jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Daten nur noch im Rahmen der Regelungen des fünften Sozialgesetzbuchs oder anonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person, verarbeitet werden. Ihre an die zentrale Patientenakte übermittelten Daten werden im Falle des Widerrufs zur Einsicht gesperrt.

Weitere Informationen über die im Rahmen der Integrierten Versorgung erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte dem Datenschutz-Merkblatt, das Ihnen Ihr Arzt des Vertrauens oder die Geschäftsstelle der Gesunden Kinzigtal GmbH aushändigt. Alle Mitarbeiter der Gesundes Kinzigtal GmbH sowie die Mitarbeiter der Dienstleister sind dem Datengeheimnis verpflichtet bzw. unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft. Für Fragen und weitere Informationen steht auch die Datenschutzbeauftragte der Gesundes Kinzigtal GmbH, Dr. Bettina Kähler, erreichbar unter info@privcom.de oder telefonisch unter: 040 / 48 40 90 10, gerne zur Verfügung.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten*/ Betreuers/ Bevollmächtigten

* Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Datenschutz - Einwilligungserklärung

bei der Einschreibung zur Teilnahme an der „Integrierten Versorgung“ und „Freunde von Gesundes Kinzigtal“



Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen) ist:

Name

Vorname

Exemplar für den Versicherten

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung von Patientendaten im Rahmen der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

moderne, kompetente und bessere medizinische Versorgung kann ohne die Zusammenarbeit von Spezialisten nicht stattfinden. Ihre Krankenkasse und die Firma Gesundes Kinzigtal GmbH haben deshalb einen Vertrag zur Integrierten Versorgung geschlossen. Die Gesundes Kinzigtal GmbH, eine Gemeinschaftsgründung der Management-Gesellschaft OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Kinzigtal, ist für die Organisation der Integrierten Versorgung zuständig. Um Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass alle an der Integrierten Versorgung beteiligten Spezialisten – Ärzte und andere Leistungserbringer, Krankenkassen, die Gesundes Kinzigtal GmbH und externe Dienstleister - Ihre medizinischen Daten untereinander übermitteln, verarbeiten und nutzen können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie an der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal nicht teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Kassenärztlichen Versorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Diese Einwilligungserklärung gilt für eingeschriebene Teilnehmer an der Integrierten Versorgung, für Freunde von Gesundes Kinzigtal sowie Selbstzahler.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Teilnahme-, Behandlungsdaten und Befunde bei Bedarf und nur im unbedingt erforderlichen Umfang

- im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung vom jeweiligen Leistungserbringer an die Gesundes Kinzigtal GmbH übermittelt und von dieser zur Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
- von den mich behandelnden Leistungserbringern aus der Gemeinsamen Dokumentation (gem. § 140 b Abs. 3 SGB V) abgerufen und genutzt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist;
- im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung angebotenen Versorgungsprogrammen von meinem Arzt des Vertrauens an die GesundesKinzigtal GmbH übermittelt und von dieser zur Organisation meiner verbesserten Betreuung und Versorgung verarbeitet und genutzt werden;
- von meinem behandelnden Arzt an die zentrale Patientenakte übermittelt werden;
- von der OptiMedis AG an Universitäten und Forschungseinrichtungen nur in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Bezug zu meiner Person, zu Zwecken der Auswertung und Erfolgskontrolle übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden; (gilt nicht für Freunde und Selbstzahler)
- im Falle einer AOK-Haus-/Facharztprogramm-Teilnahme von meiner Krankenkasse an die Gesundes Kinzigtal GmbH grundsätzlich in pseudonymisierter Form zur Abrechnungsprüfung weitergegeben und genutzt werden.
- von der OptiMedis AG an Universitäten und Forschungseinrichtungen nur in pseudonymisierter Form, zu Zwecken der Auswertung und Erfolgskontrolle übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden.

Sie können die hier abgegebene Einwilligung gegenüber Ihrer Krankenkasse oder der Gesundes Kinzigtal GmbH jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Daten nur noch im Rahmen der Regelungen des fünften Sozialgesetzbuchs oder anonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person, verarbeitet werden. Ihre an die zentrale Patientenakte übermittelten Daten werden im Falle des Widerrufs zur Einsicht gesperrt.

Weitere Informationen über die im Rahmen der Integrierten Versorgung erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte dem Datenschutz-Merkblatt, das Ihnen Ihr Arzt des Vertrauens oder die Geschäftsstelle der Gesunden Kinzigtal GmbH aushändigt. Alle Mitarbeiter der Gesundes Kinzigtal GmbH sowie die Mitarbeiter der Dienstleister sind dem Datengeheimnis verpflichtet bzw. unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft. Für Fragen und weitere Informationen steht auch die Datenschutzbeauftragte der Gesundes Kinzigtal GmbH, Dr. Bettina Kähler, erreichbar unter info@privcom.de oder telefonisch unter: 040 / 48 40 90 10, gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Sorgeberechtigten*/ Betreuers/ Bevollmächtigten

* Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.