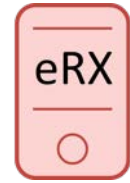


Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



Original - verbleibt bei der einschreibenden Stelle - Arztpraxis / Apotheke -

Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung eRezept Lab Hamburg-Wandsbek

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Mobilfunknummer des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
104077501		1/2/3
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum Teilnahmebeginn
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte an dem mir vorgestellten Verfahren zur elektronischen Ausstellung von Arzneimittelverordnungen im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Verfahrens und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme an dem Verfahren bin ich bis zum Teilnahmeende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt des "Informationsblatts zur Besonderen Versorgung" einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im "Informationsblatt zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Im beiliegenden "Informationsblatt zur Besonderen Versorgung" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beiliegend beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Verfahren nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Arzt bzw. meine Apotheke meine Informationen zur Teilnahme (personenbezogene Daten) an meine Krankenkasse übermittelt.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner Teilnahmedaten

Ich bin damit einverstanden, dass von meiner Krankenkasse, den teilnehmenden Ärzten und Apothekern ein gemeinsames Teilnehmerverzeichnis (mit versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten und Daten einschreibender Leistungserbringer) gepflegt und an den Abrechnungsdienstleister, die König Gesellschaft für Image- & Datenverarbeitung mbH, übermittelt wird. Alle Teilnehmer unterliegen dabei der Schweigepflicht.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten, medizinischen Daten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: König Gesellschaft für Image- & Datenverarbeitung mbH, Industriepark 200, 78244 Gottmadingen.

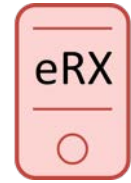
Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. umseitig genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. umseitig genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Verfahren teilnehmen kann. Für die Verordnung von Arzneimitteln kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen. Für diesen Fall erhalte ich die Verordnungen von Arzneimitteln in Papierform.

TE_140a_V4_12.2018_AM

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)

Stempel der Arztpraxis / Apotheke

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



Ausfertigung für den Versicherten

Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung eRezept Lab Hamburg-Wandsbek

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Mobilfunknummer des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
104077501		1/2/3
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte an dem mir vorgestellten Verfahren zur elektronischen Ausstellung von Arzneimittelverordnungen im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Verfahrens und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme an dem Verfahren bin ich bis zum Teilnahmeende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt des "Informationsblatts zur Besonderen Versorgung" einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im "Informationsblatt zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Im beiliegenden "Informationsblatt zur Besonderen Versorgung" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der beiliegend beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Verfahren nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Arzt bzw. meine Apotheke meine Informationen zur Teilnahme (personenbezogene Daten) an die meine Krankenkasse übermittelt.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner Teilnahmedaten

Ich bin damit einverstanden, dass von meiner Krankenkasse, den teilnehmenden Ärzten und Apothekern ein gemeinsames Teilnehmerverzeichnis (mit versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten und Daten einschreibender Leistungserbringer) gepflegt und an den Abrechnungsdienstleister, die König Gesellschaft für Image- & Datenverarbeitung mbH, übermittelt wird. Alle Teilnehmer unterliegen dabei der Schweigepflicht.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten, medizinischen Daten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: König Gesellschaft für Image- & Datenverarbeitung mbH, Industriepark 200, 78244 Gottmadingen.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. umseitig genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. umseitig genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Verfahren teilnehmen kann. Für die Verordnung von Arzneimitteln kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen. Für diesen Fall erhalte ich die Verordnungen von Arzneimitteln in Papierform.

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)

Stempel der Arztpraxis / Apotheke

Informationsblatt zur Besonderen Versorgung

eRezept Lab Hamburg-Wandsbek

- Elektronische Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln in Hamburg-Wandsbek -

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der Besonderen Versorgung des eRezept Lab Hamburg-Wandsbek interessieren.

Kurz zum Namen: Den Zusatz "Lab", aus dem englischen Laboratory (Labor), haben wir gewählt, da wir im Laufe der Projektzeit unser Angebot kontinuierlich - nach Ihren Bedürfnissen - anpassen und erweitern möchten.

I. Informationen zum Verfahren eRezept Lab Hamburg-Wandsbek

Innovative Technik und Extraservices

Durch die Teilnahme können Sie während der geplanten Projektdauer Ihre Arzneimittelverordnungen auf elektronischem Weg erhalten.

Sie werden zur Aushändigung Ihrer Präparate in den teilnehmenden Apotheken kein Papierrezept mehr benötigen. Ihr Arzt verschreibt dies elektronisch und speichert das Rezept sicher bei sich in der Praxis. Falls Sie ein Smartphone besitzen, welches mit den gängigsten Betriebssystemen Android (z.B. Samsung-, Sony-, LG- oder Huawei-Geräte) oder iOS (alle Apple-Geräte) ausgestattet ist, erhalten Sie einen sogenannten QR-Code (maschinenlesbaren Code) mit einer für Sie lesbaren Kopie der Verordnung auf eine kostenlose App ("LifeTime") überspielt. Diese müssen Sie lediglich aus dem Android Play-Store oder dem Apple App-Store installieren.

Falls Sie kein Smartphone besitzen oder die Überspielung des QR-Codes und der lesbaren Rezeptkopie nicht wünschen, erhalten Sie einfach den QR-Code ausgedruckt. In beiden Fällen legen Sie diesen in der teilnehmenden Apotheke vor und Sie bekommen - wie heute auch üblich - Ihr Medikament ausgehändigt.

Verlegte oder verlorene Rezepte gehören damit der Vergangenheit an.

Im Laufe des Projektes werden Sie die Möglichkeit haben, über die App Ihre Folgemedikation beim Arzt anzufordern, die Medikamente in der Apotheke vorzubestellen und eine Rückmeldung zu erhalten, wenn diese abholbereit sind.

Ihre Daten - in sicheren Händen

Das eRezept wird erst in dem Moment von der Arztpraxis in die Apotheke transferiert, in dem Sie Ihren QR-Code als "Abholausweis" vorlegen (bzw. diesen zukünftig an die Apotheke schicken, dass diese es vorbestellen kann). Dies erfolgt mit den gleichen hohen Sicherheitsstandards wie beim Online-Banking.

Das eRezept liegt zu keinem Zeitpunkt auf externen Servern - sondern nur in der Arztpraxis und in der Apotheke. Lediglich der QR-Code liegt - für die Apotheke erreichbar - in einer sogenannten Cloud. Ohne den Schlüssel, den Sie mit Ihrem QR-Code besitzen, kann die Apotheke das Rezept nicht abrufen.

Der QR-Code für sich ist nutzlos und kann nur durch teilnehmende Apotheken verwendet werden, nur mit ihm alleine kann kein Rückschluss auf Sie oder Ihre Medikation gezogen werden.

Die oben erwähnte LifeTime App gibt keine Daten an Dritte weiter. Wenn sie die Option für Fehleranalyse und Nutzerverhalten aktivieren, bedient sich LifeTime externer Softwarelösungen, um benutzerbezogenes Verhalten anonymisiert bzw. pseudonymisiert zu analysieren oder Fehlern in der Anwendung auf den Grund gehen zu können.

Wichtig: Es werden in keinem Fall personenbezogene Daten und auch keine Gesundheitsdaten, wie z.B. Diagnose, Medikation, behandelnder Arzt oder abgebende Apotheke, weitergegeben. Nähere Informationen dazu erhalten Sie unter lifetime.eu/privacypolicy/app.

II. Informationen zur Teilnahme

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an service@tk.de oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

Informationsblatt zur Besonderen Versorgung

eRezept Lab Hamburg-Wandsbek

- Elektronische Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln in Hamburg-Wandsbek -

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Teilnahme am Verfahren sind Sie bis zum Teilnahmeende - d.h. bis zur Belieferung des letzten elektronischen Rezeptes durch eine teilnehmende Apotheke - an eine teilnehmende Arztpraxis bzw. Apotheke gebunden.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn z. B. Ihr Zutrauen in die Verfahrensform der elektronischen Verordnung von Arzneimitteln nicht mehr vorhanden, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt oder zur Apotheke gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, Ihrer Krankenkasse Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch oder zur Niederschrift zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Verordnung von Arzneimitteln in Papierform können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

III. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei Ihrer Krankenkasse gibt es auf der jeweiligen Homepage. Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, können Sie sich an Ihre Krankenkasse oder an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden:

Techniker Krankenkasse
Beauftragter für den
Datenschutz
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
datenschutz@tk.de

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg.

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Verfahren nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei Ihrer Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Datenverarbeitung zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - an Ihre Krankenkasse. Ihre Krankenkasse meldet das Ergebnis (Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an alle teilnehmenden Leistungserbringer und den in der Teilnahmeerklärung angegebenen Abrechnungsdienstleister zurück.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Hier erfahren Sie mehr

Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis, in Ihrer Apotheke und/oder von Ihrer Krankenkasse.