

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

## Erklärung zur Teilnahme

am Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere ärztliche Versorgung von Kindern „Augenvoruntersuchung“

**Original verbleibt in der Praxis und ist nur auf besonderes Verlangen der KNAPPSCHAFT einzureichen**

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre/n wir/ich als Sorgeberechtigte/r,

- dass mein/unser Kind über den angegebenen Arzt in den Vertrag gemäß § 140a SGB V zur **Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** eingeschrieben wird.
- dass mich mein Arzt in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Inhalte und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und eine Bindung für die Dauer dieser augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung besteht.
- dass die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag endet
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

**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 im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten meines/unseres Kindes bin ich/sind wir einverstanden. Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

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 und Diagnosen nach ICD-10-GM.

Des Weiteren bin ich/sind wir mit der Übermittlung des Befundbogens (Anlage 4) an den Kinderarzt einverstanden:

ja  nein

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 meines/unseres Kindes 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, mein/unser Kind nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unserer Unterschrift. Das Datenschutzmerkblatt sowie die Versicherteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.**

T T M M J J 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 gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern

T T M M J J J J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel Arzt

# Besondere Versorgung (BesV)

## Vertrag über die besondere ärztliche Versorgung von Kindern „Augenvoruntersuchung“

### Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass die Behandlungsdaten Ihres Kindes vom 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 der betreuende Arzt von Ihrem Kind als Teilnehmer erhebt und an die KNAPPSCHAFT weiterleitet.

Im Rahmen der Teilnahme Ihres Kindes 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. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an Ihre Krankenkasse bzw. die Krankenkasse Ihres Kindes weiter.

Die vom behandelnden 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 diese 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 der KNAPPSCHAFT überwacht. Allgemeine Informationen der KNAPPSCHAFT zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf der Homepage der KNAPPSCHAFT.

Auf Wunsch sendet Ihnen die KNAPPSCHAFT auch elektronisch oder per Post zu.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie als Erziehungsberechtigter das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

## **Versicherteninformation**

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte, sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die besondere ärztliche Versorgung von Kindern „Augenvorsorgeuntersuchung“ teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### **Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages**

Diese Vorsorgeuntersuchung wird zusätzlich zu den in der Kinder-Richtlinie vorgesehenen sogenannten U-Untersuchungen angeboten, um Augenerkrankungen, Sehfehler und Schielerkrankungen möglichst frühzeitig erkennen und behandeln zu können bzw. durch individuelle Beratungen augenschädigende Einflüsse und Verhaltensweisen zu vermeiden.

### **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit des gewählten Kinderarztes.

### **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.

### **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer dieser Vorsorgeuntersuchung an die besondere Versorgung gebunden sind.

### **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 Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.