

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



## Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach § 140a SGB V

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und  
Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertrags-Nr.:

**121712KK002**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,  
per Fax 0511 80 684 684 oder Email an BesV@kkh.de

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- **mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.**
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten jeweils Jahres automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen kündige.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann.  
Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder auch bei Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufs-belehrung bei mir.**

### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja**, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte LANR und BSNR eingeben

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

## Besondere Versorgung (BesV)

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertrags-Nr.:

**121712KK002**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

#### **Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

## **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 vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

## **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen kündigen.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

## **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH 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.

## Besondere Versorgung (BesV)

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertrags-Nr.:

**121712KK002**

## Datenschutzmerkblatt

### Umgang mit Ihren Daten

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen am Vertrag Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10).

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Sie haben das Recht Ihre Einwilligungserklärung mit der in der Versicherteninformation benannten Frist zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung. Bitte beachten Sie für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme der an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

### Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erhebt der Arzt einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Der Arzt unterliegt dabei der beruflichen Schweigepflicht. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

### Qualitätssicherung

Ihre KKH möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

## Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Der behandelnde Arzt übermittelt Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Information zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Die KKH tauscht sich mit dem Arzt über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmezustand aus.

## Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet. Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderer Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern: der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, dem Arzt und der KKH zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung nach § 295 SGB V der besonderen Versorgung. Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden.

Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen (Art. 15 EU-DSGVO) abzurufen und die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 EU-DSGVO), Übertragung (Art. 20 EU-DSGVO) und Löschung (Art. 17 DS-GVO) zu veranlassen.

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 6 Jahre nach Teilnahmeende. Eine weitere Verarbeitung der Daten in den oben genannten Fällen erfolgt ab dem Zeitpunkt der Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf nicht mehr. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund der vorherigen Einwilligung bis zur Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf wird nicht berührt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf und Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: [service@kkh.de](mailto:service@kkh.de)

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Internetseite unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz). Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de).

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.