

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

**Teilnahme- und datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung**
für Versicherte der AOK Hessen

Anhang 2a des Vertrages zu
„**sektor-HF**“ (Förderkennzeichen: 01NVF19006)“

Vertragsnummer: 2011

Vertragskennzeichen: 12046100174

IK									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztwechsel

Teilnahmeerklärung
Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages „*sektorenübergreifende, bedarfsgerechtere Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz zur Reduktion vermeidbarer Hospitalisierungen (sektor-HF)*“ informiert. Die Versicherteninformationen habe ich erhalten. Ich habe diese Informationen verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich erkläre gegenüber der AOK Hessen meine freiwillige Teilnahme am Vertrag „*sektor-HF*“

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt die Teilnahmeerklärung im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt und an die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Postfach 1152, 36001 Fulda weiterleitet.

Recht zum Widerruf der Teilnahmeerklärung
Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an dieser Versorgung ohne Begründung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift im Beratungscenter der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
Die Versicherteninformationen zum Datenschutz, in der die Verarbeitung meiner Daten beschrieben sind, habe ich erhalten. Hiermit bin ich über den Zweck der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. In der beiliegenden Versicherteninformation zum Datenschutz wird konkret beschrieben, wer meine Daten empfängt. Ich habe diese Informationen verstanden und willige ein, dass die AOK Hessen meine Daten im Rahmen des Vertrages verarbeitet wie in den Punkten I bis IV der Datenschutzzinformationen beschrieben. *Mir ist bekannt, dass im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte, oder von der AOK Hessen beauftragte Dienstleisterinnen und Dienstleister meine Daten empfangen können.*

Recht zum Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung
Mein Einverständnis kann ich ohne nachteilige Folgen für mich verweigern, bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Widerrufserklärungen kann ich richten an: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, APM-Fallmanagement, 35387 Gießen

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.

III. Evaluation: Ja, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung, wie in Punkt 4 der Versicherteninformationen zum Datenschutz beschrieben, einverstanden.

ICD	OPS

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte(r) bzw. gesetzliche Vertretung
(Der Betreuungsausweis oder eine Vollmacht liegt in Kopie bei)

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt
