

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

**Anlage 1: Teilnahmeerklärung Versicherte  
Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum  
Vertrag nach § 73 a über die wirtschaftliche  
Versorgung mit Blutzuckertestgeräten und  
Blutzuckerteststreifen  
zwischen  
Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein  
und der  
AOK Rheinland/Hamburg**

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein teilnehmender Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und Ziele des obengenannten Vertrages informiert hat und ich das Merkblatt zum Datenschutz erhalten habe und kenne,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm hingewiesen wurde,
- dass ich mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit Wirkung für die Zukunft frühestens 12 Monate ab Beginn der Teilnahme diese beenden kann,
- dass ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Vertragsärzte erhalten kann,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meiner Einwilligungsrücknahme gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- mit der Beendigung des Vertrages
- im Fall einer Schwangerschaft: wenn die Behandlung im Rahmen des Schwangerschaftsdiabetes als abgeschlossen gilt
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der AOK
- bei Kassenwechsel
- bei Eingang einer Kündigung bei meiner Kasse bzw. zu dem von mir ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt festgesetzten Kündigungstermin

Ja, ich möchte am obengenannten Vertrag teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass ich erst mit Unterzeichnung der mir vom Arzt vorgelegten Einverständniserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten und der Widerrufsbelehrung am Vertrag teilnehme.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Der Widerruf ist zu richten an:

**AOK Rheinland/Hamburg**  
**- Die Gesundheitskasse -**  
**Kasernenstraße 61**  
**40213 Düsseldorf**

### Widerrufsfolgen

Durch die Erklärung des Widerrufs entsteht ein Abwicklungsverhältnis. Es wird gewährleistet, dass Sie im Rahmen der Rückabwicklung keinen Wertersatz für Leistungen zu erbringen haben, die ausschließlich im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung vergütet werden.

Wird das Widerspruchsrecht nicht ausgeübt, sind Sie an Ihre Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten)

## **Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen**

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass mein behandelnder Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Mein Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein an die AOK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die AOK darf meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am Strukturvertrag zur Optimierung der Versorgung von Diabetikern mit Blutzuckertestgeräten und –teststreifen ausgesprochen wird.

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die AOK veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten