

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



#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Das Original ist durch den Arzt zu senden an:

Universitätsklinikum Dresden
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Abt. **Feto-Neonat-Pfad**
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel.: 0351/ 458 11945
 Fax.: 0351/ 458 88 11945

Eine Kopie ist für die **Patientenakte** bestimmt, jeweils eine Kopie zur Mitnahme für die **gesetzlichen Vertreter**.

Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Feto-Neonat Pfad - Kind

A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung **Feto-Neonat-Pfad**

nach § 140a SGB V auf Grundlage des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes gemäß § 92a Abs. 1 SGB V

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ erhalten, zur Kenntnis genommen und habe diese verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist daher insbesondere Folgendes bekannt:

- Die Teilnahme meines Kindes am Feto-Neonat-Pfad ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Die Teilnahme meines Kindes endet in jedem Fall automatisch, wenn das Versicherungsverhältnis meines Kindes bei seiner an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse endet, der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder die Betreuung im Versorgungspfad durch das vorgeschriebene Behandlungsende erreicht wird.
- Für die Dauer der Teilnahme meines Kindes ist mein Kind zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung an die beteiligten Leistungserbringer gebunden.
- Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme meines Kindes an der besonderen Versorgung eine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert auf der zweiten Seite dieser Erklärung.

Widerrufsbelehrung

Die Erklärung zur Teilnahme meines Kindes kann ich innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der Krankenkasse meines Kindes ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse meines Kindes. Die Kontaktadressen der Krankenkasse sind in der „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ zu finden. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über das Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

B. Einverständnis in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung der personenbezogenen Daten meines Kindes

im Rahmen der besonderen Versorgung im Feto-Neonat-Pfad

- Die Einzelheiten der Erhebung, Verarbeitung und Verwendung der Daten meines Kindes wurden mir anhand der Patienteninformation erläutert. Ich gebe mein Einverständnis in die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Verwendung der für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten meines Kindes ab.

Mir ist bekannt, dass das Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Verwendung der personenbezogenen Daten meines Kindes freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der Krankenkasse meines Kindes widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf des Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme meines Kindes und gebe das Einverständnis in die Datenerhebung, -verarbeitung und -verwendung bei der besonderen Versorgung Feto-Neonat-Pfad nach § 140a SGB V auf Grundlage des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes gemäß § 92a Abs. 1 SGB V ab.

Die Patienteninformationen zur Teilnahme- und Einverständniserklärung zum Feto-Neonat-Pfad und jeweils eine Kopie der Teilnahme- und Einverständniserklärung habe ich erhalten:

Ich bin allein sorgeberechtigt bzw. alleiniger gesetzlicher Vertreter.

 Ort|Datum|Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter*

 Ort|Datum|Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter

 Unterschrift aufklärender Arzt und Stempel

*Wenn für einen Elternteil das alleinige Sorgerecht für das Kind besteht, dann genügt die Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils.

Einverständnis in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes im Rahmen der Evaluation des Innovationsfondsprojektes Feto-Neonat-Pfad gemäß § 92a Abs.1 SGB V

Über den Hintergrund, den Ablauf, die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung der Daten meines Kindes und das Ziel des Projektes wurde ich informiert. Weiterhin konnte ich Fragen stellen und habe die mir gegebenen Antworten verstanden. Ich habe die „Patienteninformation Feto-Neonat-Pfad“ erhalten, zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Das Einverständnis zur Verarbeitung der Daten meines Kindes im Rahmen des Projektes Feto-Neonat-Pfad ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Ich wurde über mögliche Risiken und Nutzen dieses Projektes informiert.
- Bei diesem Projekt werden die Vorschriften für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde meines Kindes erhoben, verarbeitet, weitergeleitet, genutzt, gespeichert und pseudonymisiert.
- Die im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung Feto-Neonat-Pfad pseudonymisierten Daten von meinem Kind werden in anonymisierter Form (d.h. ohne jeglichen Personenbezug) für die Evaluation verwendet und zu diesem Zweck dem Evaluator Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet.
- Die Krankenkasse meines Kindes wird Versorgungsdaten meines Kindes zur besonderen Versorgung zum Zweck der Evaluation verarbeiten und weiterleiten. Dies beinhaltet die Identifikation und Selektion von Abrechnungsdaten, welche anonymisiert dem ZEGV übermittelt werden sowie die Übermittlung von Daten an die Geschäftsstellen für Qualitätssicherung an den Landesärztekammern zur Identifizierung von Patienten, die am Feto-Neonat-Pfad teilgenommen haben. Daten der Geschäftsstellen werden anonymisiert für eine wissenschaftliche Analyse an das ZEGV weitergeleitet.
- Die Veröffentlichungen der Projektergebnisse erfolgen anonymisiert.

Mir ist bekannt, dass das Einverständnis zur Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes für die Durchführung der Evaluation durch das ZEGV freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder zur Niederschrift bei der auf der ersten Seite genannten Adresse des Universitätsklinikums Dresden widerrufen kann. Damit endet automatisch die Teilnahme meines Kindes an der besonderen Versorgung. Durch den Widerruf des Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt.

Ich gebe mein Einverständnis in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung der persönlichen Daten und Befunddaten meines Kindes nach Maßgabe der Patienteninformation ab. Für Fragen und Terminvereinbarungen im Rahmen des Feto-Neonat-Pfades dürfen mich die Pfadkoordinatoren unter den nachfolgend stehenden Kontaktdaten kontaktieren.

Ich bin allein sorgeberechtigt bzw. alleiniger gesetzlicher Vertreter.

Ort|Datum|Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter*

Ort|Datum|Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärender Arzt und Stempel

Kontaktdaten eines gesetzlichen Vertreters (zwingend erforderlich)

Telefon: _____ und / oder E-Mail: _____

*Wenn für einen Elternteil das alleinige Sorgerecht für das Kind besteht, dann genügt die Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils.