

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

nach § 140a zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK PLUS mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V49C

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

- Ersteinschreibung**
- Wechsel des Osteologen**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm OsteoporosePLUS Sachsen auf Grundlage des Vertrages zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V. Des Weiteren bestätige ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile

- zu I.: Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.
- zu II.: Ja**, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

nach § 140a zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK PLUS mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V49C

Exemplar für den Osteologen

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

Ersteinschreibung

Wechsel des Osteologen

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm OsteoporosePLUS Sachsen auf Grundlage des Vertrages zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V. Des Weiteren bestätige ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

--

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung:

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

nach § 140a zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK PLUS mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen)

Versand an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V49C

Ersteinschreibung

Wechsel des Osteologen

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme am Versorgungsprogramm OsteoporosePLUS Sachsen auf Grundlage des Vertrages zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V. Des Weiteren bestätige ich, dass ich den unterzeichnenden OSTEologen als meinen behandelnden OSTEologen wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen und die Patienteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des OSTEologen (vom teilnehmenden OSTEologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

I. Information Teilnahmebedingungen:

Ich, als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS, nehme die Leistungen der besonderen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes „OsteoporosePLUS Sachsen“ und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben. Die gewählten OSTEologen bieten für die Versicherten der AOK PLUS diese besondere Versorgung an und die AOK PLUS übernimmt die dafür vereinbarte Vergütung.

Versicherte der AOK PLUS, die entsprechend den vertraglich definierten Diagnoseschlüsseln an Osteoporose leiden, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ teilnehmen, sofern

- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieser Versorgung akzeptieren,
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden OSTEologen gewählt haben,
- der gewählte OSTEologe das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen durch Unterzeichnung dieser TE/EWE bestätigt hat und
- diese TE/EWE vollständig und fehlerfrei ist.

Meine Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Die Teilnahme gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, und im Übrigen wird die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt.

Als Versicherter bin ich kein Vertragspartner des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“. Meine Rechte und Pflichten als Teilnehmer ergeben sich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. der besonderen Versorgung, den Versorgungsbedingungen Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Die besondere Versorgung umfasst den besonderen Versorgungsauftrag des von mir gewählten OSTEologen, der die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages ergänzend anbietet und durchführt. Der Vertrag versteht sich als eine ergänzende Versorgungsform zur vertragsärztlichen Versorgung. Die medizinische Verantwortung für meine Behandlung verbleibt bei meinem behandelnden OSTEologen. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen im Rahmen der besonderen Versorgung gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen.

Mit Unterzeichnung dieser TE/EWE verpflichte ich mich, den vom gewählten OSTEologen vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diesen für die Behandlung meiner Osteoporose aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit sowie im Notfall.

Ich kann im Rahmen dieser Versorgung nur einen behandelnden OSTEologen wählen. Sollte sich herausstellen, dass ich mich bei verschiedenen OSTEologen eingeschrieben habe, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS, sich für einen OSTEologen zu entscheiden. Ich habe die getroffene Entscheidung unverzüglich der AOK PLUS mitzuteilen.

Möchte ich im Rahmen dieser Versorgung den gewählten OSTEologen wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden OSTEologen möglich. Bei einem Wechsel des OSTEologen fülle ich die TE/EWE beim neu gewählten OSTEologen erneut aus und informiere diesen über seinen bisher behandelnden OSTEologen. Der Wechsel des OSTEologen wird zum letzten auf der TE/EWE angegebenen Unterschriftsdatum wirksam. Ein Wechsel des OSTEologen verlängert die oben genannte Bindungsfrist nicht.

Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, beginnt meine Teilnahme an der besonderen Versorgung nach erfolgter persönlicher und umfassender Beratung über die Inhalte und Ziele der Versorgung mit dem Tag der Unterzeichnung der vollständigen TE/EWE (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich oder elektronisch. Maßgebend ist das letzte Datum aller auf der TE/EWE geleisteten Unterschriften.

Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung kann ich ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres ab Beginn der Teilnahme (Bindungsfrist), danach jederzeit zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden zu erfolgen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich beabsichtige, dauerhaft zu einem Osteologen zu wechseln, der nicht am Vertrag teilnimmt.

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung endet außerdem

- mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2 des Vertrages oder
- mit Widerruf gemäß I.
- bei wiederholter Nichtbeachtung der vorstehenden Bedingungen/Pflichten, zu denen ich mich mit meiner Unterschrift bereiterkläre habe.
- an dem Tag, an dem der Versicherte seine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gegenüber der AOK PLUS schriftlich oder elektronisch widerruft oder
- wenn der gewählte Osteologe nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und ich keinen anderen teilnehmenden OSTEologen wähle
- mit Ablehnung der geänderten Teilnahmebedingungen (Nr. 4) oder
- mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse oder
- mit dem Ende der besonderen Versorgung.

Über den Ausschluss und damit die Beendigung meiner Teilnahme entscheidet die AOK PLUS, die mich darüber schriftlich informiert.

Ich kann innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass

1. meine Patientendaten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug und ohne Personenbeziehbarkeit) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner verwendet werden können.

2. die Vertragspartner eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen können, meine Teilnahme hieran freiwillig ist. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.
3. ich Im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme an dieser gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug)/versichertenbezogener Form (d. h. mit Personenbezug] und in die dafür erforderliche Bereitstellung meiner Daten an einen Evaluator schriftlich einzuwilligen. Die Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten zum Zweck der Evaluation ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist nicht abhängig von der Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten für die Evaluation.
4. die Vertragspartner die Teilnahmebedingungen und/oder Inhalte des Versorgungsprogrammes „OsteoporosePLUS“ mit Wirkung für die Zukunft ändern können, insbesondere, um die Leistungen zu verbessern oder an gesetzliche Anforderungen oder die aktuellen Versorgungserfordernisse anzupassen. Der OSTEOLOGE bzw. die AOK PLUS informiert (z. B. plus.aok.de) über Anpassungen im Versorgungsprogramm OsteoporosePLUS.

Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag „OsteoporosePLUS Sachsen“:

Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch die Beteiligten (OSTEOLOGEN, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und AOK PLUS) erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Meine Einwilligung in die darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hierbei insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten OSTEOLOGEN gemäß § 140a Abs. 4 und 5 SGB V an die AOK PLUS übersendet, dort aufbewahrt und sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen bzw. Aufgaben nicht mehr benötigt wird.
2. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit den jeweils gewählten OSTEOLOGEN in einem Verzeichnis zusammenführt, das Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zur Verfügung stellt.
3. die KVS von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten erhält:
Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter OSTEOLOGEN
4. meine Daten und Patientenunterlagen in Kopie bei einem Wechsel meines bisherigen OSTEOLOGEN an den neu gewählten OSTEOLOGEN übersendet werden können.
5. der OSTEOLOGE gegenüber der KVS abrechnet und diese im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug gemäß § 295 und § 295a SGB V erhält.
6. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung gemäß § 295 SGB V Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
7. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen bzw. Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Versorgungsprogramm „OsteoporosePLUS Sachsen“ verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass mein Widerruf der Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an: AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung bei und durch die AOK PLUS und zu meinen diesbezüglichen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte bzw. in der beigefügten „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

Informationen und Auskünfte zur Datenverarbeitung durch und bei den teilnehmenden VERTRAGSÄRZTEN sowie der KVS und zu meinen diesbezüglichen Rechten erhalte ich von diesen Vertragsbeteiligten.

Patienteninformation

zur Teilnahme an der Versorgung OsteoporosePLUS Sachsen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr behandelnder Osteologe hat bei Ihnen Osteoporose diagnostiziert. Die Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine der häufigsten Skeletterkrankungen in Deutschland, die durch eine Abnahme der Knochendichte und eine Verschlechterung des Knochengewebes mit erhöhter Frakturanfälligkeit gekennzeichnet ist.

Mit dem Versorgungsangebot OsteoporosePLUS soll die Lebensqualität von betroffenen Patienten erhöht werden. Erreicht wird dies durch eine frühzeitige Diagnosestellung und einen schnellen Behandlungsbeginn bereits nach Auftreten erster Symptome. Patienten mit stabilen Krankheitsverläufen werden weiterhin vom Hausarzt betreut. Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist für Sie kostenfrei und freiwillig.

Die Inhalte der Versorgung OsteoporosePLUS

Ihr Osteologe hat Ihnen die Teilnahmeunterlagen für die Versorgung OsteoporosePLUS Sachsen ausgehändigt. Die Einzelheiten der Teilnahmebedingungen und datenschutzrechtlichen Besonderheiten im Rahmen dieser Versorgung sind in den Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausführlich beschrieben.

Ihr Osteologe kann Sie entsprechend schulen. Durch die Vermittlung spezifischer Kenntnisse über die Erkrankung, Behandlung und Therapie lernen Sie, mit Ihrer Krankheit besser umzugehen.

Ist Ihr Krankheitsverlauf stabil, findet die weiterführende Behandlung Ihrer Erkrankung bei Ihrem betreuenden Hausarzt statt. Dazu übermittelt Ihr Osteologe schriftlich die gestellte Diagnose und den Therapieplan an Ihren Hausarzt.

Ihr Hausarzt behandelt Sie entsprechend der vom Osteologen vorgeschlagenen Therapie unter Berücksichtigung eventuell bestehender Begleiterkrankungen.

Ihre Vorteile im Überblick

- Durch die frühzeitige Diagnosestellung kann Ihre Osteoporosebehandlung zeitnah beginnen, was Ihren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und Ihre Lebensqualität erhöhen kann.
- Durch die zeitnahe Übermittlung von Ergebnissen und Änderungen der Therapie durch den Osteologen an Ihren Hausarzt erhalten Sie eine optimale Behandlung.

Gern beantworten wir Ihre Fragen

Wir stehen Ihnen in der AOK PLUS-Filiale in Ihrer Nähe sowie im Internet gern zur Verfügung. Auch können Sie uns jederzeit über das Servicetelefon unter 0800 1059000* erreichen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Ihre

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis [§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden die AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderliche Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmungen des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarung sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU-DSGVO).

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

- Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
- Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
- Daten zum Versicherungsverhältnis
- Beitrags- und Zahlungsdaten
- Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
- Daten zur Pflegeperson
- Daten zum gesetzlichen Vertreter
- Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
- Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
- Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
- Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen)

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de, www.aok.de/plus/datenschutzrechte - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden oder datenschutz@plus.aok.de

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 5, 01067 Dresden