

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V



Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz

V86B

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich daraus ergeben.

Die Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages 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 der Einwilligung ist freiwillig. Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich diese Einwilligung erteile.

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

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und in die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen der 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 Kinder- und Jugendarztes mit dem Schwerpunkt Kinderendokrिनologie/-diabetologie:

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen an der besonderen ambulanten Versorgung „KinderEndo PLUS“ erfüllt sind. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich die/den Versicherte/n und ggf. den gesetzlichen Vertreter umfassend über diese besondere Versorgung informiert und aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift

Praxisstempel

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V



Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz

V86B

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich daraus ergeben.

Die Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages 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 der Einwilligung ist freiwillig. Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich diese Einwilligung erteile.

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

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und in die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen der 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 Kinder- und Jugendarztes mit dem Schwerpunkt Kinderendokrिनologie/-diabetologie:

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen an der besonderen ambulanten Versorgung „KinderEndo PLUS“ erfüllt sind. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich die/den Versicherte/n und ggf. den gesetzlichen Vertreter umfassend über diese besondere Versorgung informiert und aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift

Praxisstempel

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V



Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz

V86B

Exemplar für den Versicherten

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf der Grundlage des Vertrags zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten in der kinderendokrिनologischen/-diabetologischen Behandlung (KinderEndo PLUS) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich daraus ergeben.

Die Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages 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 der Einwilligung ist freiwillig. Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich diese Einwilligung erteile.

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

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und in die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen der 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 Kinder- und Jugendarztes mit dem Schwerpunkt Kinderendokrिनologie/-diabetologie:

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen an der besonderen ambulanten Versorgung „KinderEndo PLUS“ erfüllt sind. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich die/den Versicherte/n und ggf. den gesetzlichen Vertreter umfassend über diese besondere Versorgung informiert und aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Praxisstempel

I. Information Teilnahmebedingungen:

Mithilfe besonderer Untersuchungsrichtlinien beim Kinder- und Jugendarzt werden Kinder bereits frühzeitig in ihrer Entwicklung beobachtet und bei Notwendigkeit unterstützt. Dabei sollen besondere Auffälligkeiten erkannt und intersektoral abgeklärt werden. Für Kinder mit hormonellen Störungen ist es medizinisch erforderlich, dass sie von Kinder- und Jugendärzten mit dem Schwerpunkt Kinderendokrinologie/-diabetologie umfassend behandelt werden. Hormone sorgen als Botenstoffe des Körpers für ein gesundes und normales Zusammenarbeiten aller Organe. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren weichen diese Abläufe teilweise deutlich von denen der Erwachsenen ab, und es gibt unter Umständen alterstypische Hormonstörungen, die sich auf Wachstum, Pubertätsverlauf oder auf die Schilddrüse auswirken können. Auch der Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen verläuft ganz anders als bei Erwachsenen. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse ergibt sich ein erhöhter Behandlungsaufwand, dem der behandelnde Arzt durch diesen Vertrag mit einer umfassenderen, besonderen, interdisziplinären sowie leitliniengerechten Diagnostik und Therapie gerecht werden und somit die Lebensqualität der Kinder erhöhen kann.

Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehmen wir die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Versorgung und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhaltenen Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- als Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen muss und für das Kind nicht das 18. Lebensjahr begonnen wurde. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik wurde durch den behandelnden Arzt eine endokrine Auffälligkeit festgestellt.
- die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch genommen werden, gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
- die besondere Versorgung eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages der besonderen Versorgung ergänzend anbietet und durchführt.
- ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. der besonderen Versorgung, den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
- die medizinische Verantwortung dem jeweils behandelnden Kinderendokrinologen/-diabetologen obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen der besonderen Versorgung gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
- mir für die im Rahmen der besonderen Versorgung erbrachten Leistungen keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung gestellt werden kann.
- die Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung durch meinen gesetzlichen Vertreter mit einer ordnungsgemäßen Teilnahme- und Einwilligungserklärung, schriftlich oder elektronisch, beginnt. Maßgebend ist das jüngste Datum aller Unterschriften auf der TE/EWE.
- ich an meine Teilnahme für neun Monate gebunden bin.
- die Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
 - mit Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - an dem Tag, an dem die Besondere Versorgung abgeschlossen ist, spätestens jedoch nach neun Monaten.
 - mit dem Ende des besonderen Versorgungsangebotes „KinderEndo PLUS“.
- die 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 KV Sachsen oder AOK PLUS verwendet werden können.
- wenn eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchgeführt wird, meine Teilnahme hieran freiwillig ist. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung „KinderEndo PLUS“ ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.
- 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) bzw. 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.

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 an der besonderen Versorgung „KinderEndo PLUS“:

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 erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

- die Teilnahme- und Einwilligungserklärung verbleibt in der Praxis des einschreibenden Arztes und wird dort sechs Jahre aufbewahrt. Die AOK PLUS wird elektronisch über die Einschreibung informiert und erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten/Patientendaten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme. Die AOK PLUS kann die Vorlage der TE/EWE, insbesondere zum Nachweis der wirksamen Einschreibung, verlangen. Sollte eine elektronische Übermittlung nicht möglich sein, erfolgt eine postalische Zustellung innerhalb von zehn Werktagen an die AOK PLUS.
- meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach sechs Jahren am Ende des Jahres, in dem die Teilnahme endete, durch den einschreibenden Arzt vernichtet wird.
- meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Haus- bzw. Kinder- und Jugendarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
- die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.

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 an der besonderen Versorgung „KinderEndo PLUS“ 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 die AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

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

Informationen und Auskünfte zur Datenverarbeitung durch und bei den beteiligten Leistungserbringern bzw. der KV Sachsen und zu meinen Rechten erhalte ich vom jeweiligen Leistungserbringer bzw. der KV Sachsen.

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der 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 erfolgen 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 Hilfsmittel
- 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
- Leistung-, 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