

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

**Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten**  
zur Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung ärztlicher  
Zweitmeinungen gemäß § 140a SGB V zwischen der  
Betriebskrankenkasse Mobil Oil und der Medexo GmbH

Vertragskennzeichen: 120A1400345

**Teilnahmeerklärung:**

Das Versorgungsangebot im Rahmen dieser Besonderen Versorgung mit den einzelnen Behandlungsschritten und den Teilnahmebedingungen ist mit bekannt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- über die Inhalte des Versorgungsmodells, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche.
- die Patienteninformation erhalten habe und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin.
- bei der angegebenen Betriebskrankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile.
- ich von meinen behandelnden Ärzten eine Diagnose und Therapieempfehlung im Sinne der Teilnahmebedingungen mitgeteilt bekommen habe.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt. Eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe erfolgen. Die aktive Mitwirkung des Versicherten ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Diese beinhaltet das Sie den Nachweis der Diagnose und die Behandlungsempfehlung sowie die für die Durchführung der Zweitmeinung erforderlichen Unterlagen und Dokumente beschaffen oder der Medexo GmbH durch Vollmacht ermöglichen diese Unterlagen für Sie zu beschaffen. In der Regel genügen hierfür der ausgefüllte Fragebogen der Medexo GmbH, die Arztberichte und Befunde der Ärzte die Sie behandeln. Auf deren Grundlage wird Ihnen die Zweitmeinung zur Verfügung gestellt. Bei einem Pflichtverstoß können dem Versicherten Leistungen innerhalb dieser Besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.
- **ich meine Erklärung zur Teilnahme an dem Versorgungsmodell innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe widerrufen kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil bzw. der Medexo GmbH erfolgen und bedarf keiner Begründung.**
- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
  - mit einem Krankenkassenwechsel,
  - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - bei vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Versorgungsmodell vorgesehenen Leistungen (Erstellung des Zweitgutachtens)
  - mit dem Datum, an dem die Betriebskrankenkasse Mobil Oil den Vertrag beendet.
- zum Zweck der Prüfung von empfohlenen Maßnahmen (alternativen Therapien) wird die Zweitmeinung an die Betriebskrankenkasse Mobil Oil übermittelt wird.

--	--

T T

--	--

M M

--	--	--	--

J J J J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

## Einwilligung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Patientenbefragung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Ärztlichen Zweitmeinung stehen, von den teilnehmenden Leistungserbringern und der Medexo GmbH verarbeitet und an den Vertragspartner (Medexo GmbH) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Telefon, E-Mail, Name der BKK, Versicherungsnummer, gesundheitsbezogene Daten einschließlich Bildaufnahmen und ggf. Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10-GM) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und des Vertragscontrollings zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister (Medexo GmbH) weitergegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden – sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht.

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Die Patienteninformation nach Art. 13 EU-DS-GVO habe ich erhalten und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

ja

Darüber hinaus erteile ich meine Zustimmung zu folgenden Punkten, die helfen die Versorgung stetig zu verbessern. Eine Nichteinwilligung in diese Punkte führt zum Ausschluss der Teilnahme:

- Ich bin damit einverstanden, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes meine patientenbezogenen Daten erfasst, pseudonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Medexo GmbH kann mich zu diesem Zweck bis zu 12 Monate nach Erstellung des Zweitmeinungsgutachtens für telefonische oder schriftliche Patientenbefragungen kontaktieren. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil erhält die Auswertung in pseudonymisierter Form.
- Mit einer telefonischen Patientenbefragung durch die Betriebskrankenkasse Mobil Oil im Anschluss an die Behandlung bin ich einverstanden.

<u>I</u>	<u>I</u>

<u>M</u>	<u>M</u>

<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>	<u>J</u>

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten