

Vertragsanlage V2.1: Elektronische Teilnahmeerklärung Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Vertrag über ein koordiniertes, multimodales und telemedizinbasiertes Versorgungsmodell „ParkinsonGo“

Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über das Versorgungsangebot nach diesem Vertrag durch meine/n behandelnde/n Ärztin / Arzt informiert und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die medizinischen und sonstigen Teilnahmevoraussetzungen erfülle und dass meine Teilnahme endet, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder wenn ich nicht aktiv an ParkinsonGo mitwirke.
- dass ich die Versicherteninformation zur Teilnahme, zum Versorgungsprogramm sowie zum Datenschutz und der DSGVO erhalten und mich damit vertraut gemacht habe. Mit den darin beschriebenen Inhalten bin ich einverstanden.
- dass ich mich verpflichte, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch den am Vertrag teilnehmenden Arzt bzw. dessen Praxis, bei dem die Einschreibung in das Versorgungsprogramm und die Erstellung des Therapieplans erfolgt ist, in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- dass ich mit der Einbindung von Angehörigen, die ich meinem behandelnden Arzt bzw. der Parkinson-Telenurse benannt habe, in meine Versorgung einverstanden bin und dass mein Arzt bzw. die Parkinson-Telenurse auch ohne mein Beisein mit diesen Angehörigen über meine Krankheit kommunizieren dürfen.
- dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung in der ParkinsonGo App. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist, grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme grundsätzlich 18 Monate nach Einschreibung dauert.
- dass ich im Rahmen meiner Programmteilnahme bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer und die ParkinsonGo-App gebunden bin und bei Nichteinhaltung keinen Anspruch auf die dadurch entstandenen Kosten habe.
- dass parallel zur Teilnahme an der besonderen Versorgung „ParkinsonGo“ eine Teilnahme an einem weiteren besonderen Versorgungsprogramm meiner Krankenkasse mit Einbindung digitaler Elemente für meine Parkinson Erkrankung nicht erfolgen kann.
- dass ich meine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit mit sofortiger Wirkung gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann.

- dass mir die Parkinson-Telenurse einen Neurologen vermittelt, wenn ich noch nicht fachärztlich betreut werde und dass meine Teilnahme nach zwei Quartalen endet, wenn mir kein Neurologe vermittelt werden konnte.
- dass meine Teilnahme in jedem Fall automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung für meine Krankenkasse beendet wird.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in dem mir übergebenen Datenschutzmerkblatt beschrieben wurde. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Ärzte bzw. die Parkinson-Telenurse meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte und die Parkinson-Telenurse unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Ich erkläre hiermit, dass ich das Merkblatt mit der Versicherteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen mit Unterzeichnung der Erklärung (entspricht der Einverständniserklärung innerhalb der App ParkinsonGo TM) an der angebotenen Versorgung teilnehmen und bin mit der vorgesehenen Datenverarbeitung einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und ich die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der besonderen Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.