

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

Teilnahmeerklärung gilt für

**Bosch BKK**

**HEK**

**TK** (Vertragsnummer 355002)

**BARMER**

**Vertrag gemäß § 73c a.F. SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Baden-Württemberg und Ihrer Krankenkasse**

### 1. Teilnahmebedingungen und Teilnahmeerklärung

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag habe ich das Recht, alle zwei Jahre über meine Krankenversichertenkarte eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei einem speziell ausgebildeten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Anspruch zu nehmen.

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des vorgenannten Versorgungsangebotes. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und sie mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei einer der oben genannten Krankenkassen versichert bin,
- ich ausführlich über den Leistungsumfang dieses Vertrages informiert wurde,
- ich mich verpflichte, nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung des Hautkrebsvorsorge-Verfahrens berechtigten Fachärzte aufzusuchen und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen,

Mir ist außerdem bekannt, dass mit dem Ende meiner Mitgliedschaft bei der Krankenkasse die Teilnahme am Vertrag endet.

**Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Ihre Krankenkasse:**

- **Bosch BKK, Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg**
- **Techniker Krankenkasse, Stichwort „HKS“, 22291 Hamburg, per Email an [service@tk.de](mailto:service@tk.de), oder Fax: 040-4606626279**
- **BARMER, Scanzentrum, 73520 Schwäbisch Gmünd**

## 2. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten. Mit der darin beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Versorgungsvertrag bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnde Arztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten (Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie Vertragsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zu Abrechnungszwecken übermittelt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Versicherte/r

## **Patienteninformation zur Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zur Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**

**für die Versicherten der BARMER, Bosch BKK, HEK und Techniker Krankenkasse**

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch eine Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

### **Die Leistungen**

Im Rahmen dieses Vertrages über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens haben die teilnahmeberechtigten Versicherten jedes zweite Jahr Anspruch auf folgende Leistungen:

Die Durchführung einer prophylaktischen Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Diese umfasst die Anamnese, die körperliche Untersuchung einschließlich der ggf. medizinisch erforderlichen Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute) sowie die Dokumentation. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Untersuchung, wobei insbesondere das persönliche Risikoprofil sowie Hilfen zur Vermeidung bzw. zum Abbau von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angesprochen werden.

### **Ihre Teilnahme**

Der Kreis der anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten umfasst alle Versicherten der HEK, im Alter von 18 bis 34 Jahren und alle Versicherten der BARMER, Bosch BKK und Techniker Krankenkasse bis zum Alter von 34 Jahren, die eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs in Anspruch nehmen möchten und die für die Behandlungen nach dem Vertrag geeignet sind.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Ihr Arzt händigt Ihnen eine Kopie der Erklärung aus. Sie können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Nutzen Sie dieses Widerrufsrecht nicht, sind Sie an diese Wahl mindestens 12 Monate gebunden.

### **Abrechnung**

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Die teilnehmenden Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte) sind gesetzlich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Im Rahmen der Abrechnung übermittelt Ihr Arzt gem. § 295 Abs. 1 SGB V Ihre Daten verschlüsselt über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg an Ihre Krankenkasse. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für sie dokumentierten Leistungen, Ordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10 je Behandlungstag mit Datumsangabe, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Gemäß § 295a Abs. 1 SGB V ist dieser Abrechnungsweg nur zulässig, soweit Sie in die damit verbundene Datenübermittlung eingewilligt haben. Die Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung.

### **Ihre Teilnahme endet automatisch**

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei Ihrer Krankenkasse,
- mit Ende dieses Selektivvertrages,
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

## **Merkblatt zum Datenschutz im Rahmen der Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**

### **Informationen zum Datenschutz bei der BARMER, Bosch BKK, HEK und TK**

Alle von uns erhobenen Daten unterliegen einem besonderen Schutz, dem Sozialdatenschutz nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) und insbesondere der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO). Wir erheben, verarbeiten und verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen sind wir verpflichtet Sie über Ihre Rechte als Betroffener zu informieren, soweit wir Daten bei Ihnen erheben, einem anderen Zweck zuführen bzw. einem befugten Dritten übermitteln.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten bei Ihrem Arzt einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Regelmäßig werden Ihre Daten gelöscht, soweit diese nicht mehr für die besondere ambulante Versorgung benötigt werden, spätestens jedoch nach 10 Jahren. Für Auskünfte zum Datenschutz, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden. Die Kontaktdaten entnehmen Sie bitte unten.

#### **Der Zweck/Die Zwecke der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Wir prüfen und speichern die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung und Leistungsabrechnung. Außerdem werden die Daten zur Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V genutzt.

#### **Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

§ 73c SGB a.F., § 284 SGB V, § 295a SGB V, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 140a Abs. 4 und 5 SGB V

#### **Die Empfänger und Kategorien der Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten**

##### Bei den Versicherten der HEK:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, ausschließlich zu Abrechnungszwecken  
GFS Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH, Meißner Straße 197, 01445 Radebeul zum Zweck der Abrechnungsprüfung, REISSWOLF International AG, Im Hegen 13, 22113 Oststeinbek und Rhenus Data Office GmbH, Gutenbergstraße 55, 22525 Hamburg zum Zweck der Aktenarchivierung und -vernichtung

##### Bei den Versicherten der BARMER:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, ausschließlich zu Abrechnungszwecken, BARMER, Axel-Springer-Str. 44, 10969 Berlin, zum Zweck der Abrechnungsprüfung, der Aktenarchivierung und –vernichtung

##### Bei den Versicherten der TK:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, ausschließlich zu Abrechnungszwecken

##### Bei den Versicherten der Bosch BKK:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, ausschließlich zu Abrechnungszwecken, Abrechnungszentrum Emmendingen, Bundesstraße 6, 79312 Emmendingen zum Zweck der Abrechnungsprüfung, REISSWOLF Akten- und Datenvernichtungs GmbH, Eisentalstraße 6, 71332 Waiblingen zum Zweck der Aktenvernichtung

#### **Die Speicherdauer Ihrer personenbezogenen Daten oder Kriterien zur Festlegung dieser**

Sobald Ihre personenbezogenen Daten für die vorgenannten Zwecke für unsere Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich sind, werden sie von uns gelöscht. Hierbei berücksichtigen wir gesetzliche Aufbewahrungsfristen und die vom GKV-Spitzenverband aufgelisteten Aufbewahrungsfristen, die in der Regel zwischen sechs und zehn Jahren liegen. Des Weiteren kann es vorkommen, dass Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum aufbewahrt werden müssen, in dem Ansprüche geltend gemacht werden können (mindestens die gesetzlichen Verjährungsfristen von vier Jahren nach Sozialrecht). Eine Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

#### **Die möglichen Folgen einer Nichtbereitstellung der Daten, wenn Sie dazu verpflichtet ist**

Sollten Sie mit der Datenübermittlung nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an dem Hautkrebsvorsorge-Verfahren nicht möglich.

#### **Ihr Widerrufsrecht bestehender Einwilligungen**

Von Ihnen erteilte Einwilligungen zu der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere Zwecke nach Artikel 6 oder Artikel 9 EU-DSGVO können Sie jederzeit widerrufen. Da uns Ihr Datenschutz am Herzen liegt, stellen wir die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Erhalt Ihres Widerrufs umgehend ein.

#### **Ihr Recht auf Information über Zweckänderung der Daten**

Sofern die Ihre Krankenkasse beabsichtigt Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten, haben Sie das Recht auf Information darüber. Ihre Krankenkasse informiert Sie vor der Weiterverarbeitung über den anderen Zweck und Sie erhalten alle maßgeblichen Informationen.

#### **Ihr Auskunftsrecht**

Sie haben die Möglichkeit eine Bestätigung von Ihrer Krankenkasse zu erhalten, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ist das der Fall, besteht ein Recht auf Auskunft über diese Daten und darüberhinausgehende Informationen zu deren Verarbeitung.

### **Ihr Recht auf Berichtigung**

Selbstverständlich berichtigen wir Ihre Daten, falls Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert sind. Bitte informieren Sie uns, wir werden die Berichtigung umgehend durchführen. Wir teilen zudem allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten mit. Wir unterrichten Sie selbstverständlich über die Empfänger, sofern Sie die Information wünschen.

### **Ihr Recht auf Löschung**

Ihre Krankenkasse löscht Ihre personenbezogenen Daten, wenn

- ihre Speicherung unzulässig ist,
- bei Widerruf der von Ihnen erteilten Einwilligung,
- bei Widerspruch gegen die Datenverarbeitung,
- bei rechtlicher Verpflichtung (z.B. für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen)
- oder die Kenntnis Ihrer Daten nicht mehr für die Erfüllung des Zwecks der Speicherung erforderlich ist.

Eine Löschung wird durchgeführt, soweit die Daten nicht zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich sind.

### **Ihr Recht auf Mitteilungspflicht**

Ihre Krankenkasse teilt allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 16, Artikel 17 und Artikel 18 EU-DSGVO mit, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand für Ihre Krankenkasse verbunden. Ihre Krankenkasse unterrichtet Sie selbstverständlich über die Empfänger, sofern Sie die Information wünschen.

### **Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung**

Sie können von Ihrer Krankenkasse die Einschränkung der Verarbeitung verlangen,

- wenn Sie die Richtigkeit Ihrer Daten bestreiten,
- wenn die Verarbeitung Ihrer Krankenkasse unrechtmäßig ist,
- wenn sich der Zweck der Verarbeitung erledigt hat, die Daten aber zur Geltendmachung Ihrer Rechtsansprüche notwendig sind,
- oder wenn Sie einen Widerspruch nach Artikel 21 EU-DSGVO gegen die Verarbeitung eingereicht haben, erfolgt die Einschränkung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens.

Soweit Ihre Daten nur noch eingeschränkt verarbeitet werden, dürfen die Daten nur

- mit Ihrer Einwilligung,
- zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,
- zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person
- oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses

verarbeitet werden.

### **Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit**

Wir stellen Ihnen, auf Nachfrage, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung, soweit nicht der Ausschlussgrund des Art. 20 Abs. 3 DS-GVO vorliegt. Sie haben die Möglichkeit diese Daten anschließend einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln. Sofern die technische Möglichkeit besteht, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, auf Ihren Wunsch hin, direkt einem anderen Verantwortlichen.

### **Ihr Widerspruchsrecht**

Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen. Ihre Krankenkasse verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten nach Erhalt des Widerspruchs nicht mehr. Sollten jedoch zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vorliegen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen, ist eine Verarbeitung weiterhin notwendig und Ihrem Widerspruch kann nicht stattgegeben werden.

### **Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sollten Sie einmal nicht mit Ihrer Krankenkasse zufrieden sein, haben Sie das Recht sich bei den zuständigen Aufsichtsbehörden über Ihre Krankenkasse zu beschweren. Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn.

### **Automatisierte Einzelfallentscheidung**

Ausschließlich automatisierte Entscheidungen im Einzelfall gemäß Art. 22 DS-GVO finden bei uns nicht statt.

### **Die verantwortliche Stelle**

Für die Versicherten der HEK:

Hanseatische Krankenkasse  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: kontakt@hek.de

Für die Versicherten der BARMER:

BARMER  
Axel-Springer-Str. 44  
10969 Berlin  
service@barmer.de

Für die Versicherten der Bosch BKK:  
Bosch BKK  
Kruppstraße 19  
70469 Stuttgart  
E-Mail: [Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de](mailto:Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de)

Für die Versicherten der TK:  
TK  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg  
Tel: 08002858585  
[www.tk.de](http://www.tk.de) (Suchbegriff 2019070 im Suchfeld eingeben)

**Der Datenschutzbeauftragte Ihrer Krankenkasse**

Für die Versicherten der HEK:  
Hanseatische Krankenkasse  
Datenschutzbeauftragter  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@hek.de](mailto:datenschutz@hek.de)

Ihre Fragen beantwortet Ihnen das HEK-Team Direkt gern: 0800 0213213 (kostenfrei).

Für die Versicherten der BARMER:  
BARMER  
Datenschutzbeauftragter  
Lichtscheider Straße 89  
42285 Wuppertal  
E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

Für die Versicherten der Bosch BKK:  
Bosch BKK  
Datenschutzbeauftragter  
Bahnhofstr. 75  
71332 Waiblingen  
E-Mail: [Datenschutz@Bosch-BKK.de](mailto:Datenschutz@Bosch-BKK.de)

Für die Versicherten der TK:  
TK  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg  
[www.tk.de](http://www.tk.de) (Suchbegriff 2019572 im Suchfeld eingeben)  
Email: [Datenschutz@tk.de](mailto:Datenschutz@tk.de)