

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren  
im Rahmen der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der  
vertragsärztlichen Versorgung

### **Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,**

- dass Herr / Frau Dr. .... die für die Genehmigung einer Apherese-Behandlung erforderlichen Daten der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitteilt. Die Daten wurden pseudonymisiert, d.h. bis auf Geschlecht und Geburtsjahr so weit unkenntlich gemacht, dass eine Identifikation meiner Person nur demjenigen möglich ist, der das Pseudonym besitzt.
- dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung diese Daten zum Zweck der Überprüfung und Bestätigung der Indikation für die Apherese-Behandlung speichert und nutzt. Die Daten werden hierbei einer fachkundigen Kommission von Ärzten (Apherese-Kommission) zur Beratung vorgelegt, solange ich mich in der Behandlung des o. g. Arztes befinde.

### **Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass**

- die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die pseudonymisierten Daten gemäß § 5 der Richtlinien an meine Krankenkasse weiterleitet,
- die zuständige Kassenärztliche Vereinigung meine Krankenkasse über das Beratungsergebnis der Apherese-Kommission informiert, und
- dass die Krankenkasse diese Daten für die Überprüfung der Voraussetzungen der Apherese-Behandlung nutzt.
- Herr / Frau Dr. .... das Pseudonym an meine Krankenkasse weiterleitet, damit diese auf der Basis der Kommissionsentscheidung für mich einen Leistungsbescheid erstellen kann.

### **Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass**

- ggf. bei Anforderung der Unterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die ergänzenden medizinischen Daten weitergeleitet werden.

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass sich meine Mitwirkungspflicht, deren Umfang und Grenzen aus §§ 60 bis 66 SGB des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I) ergeben und dass eine Verweigerung der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang zur Folge hätte, dass diese Behandlung nicht durchgeführt werden kann (§ 11 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Landesdatenschutzgesetzes; § 67a Abs. 3 Satz 2 SGB X).

### Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: .....

Wohnort: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten