# Anlage F1

## Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

| Betriebskrankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten<br>geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

**Original** verbleibt beim Arzt*
**1. Kopie** zur Weiterleitung per
**Fax 04451-85 99 643** oder Datei-Upload
unter **herodikos.de/orthoherobkk-upload**
**2. Kopie** für Versicherten
[*entfällt bei elektronischer Einschreibung]

## Besondere Versorgung über die ärztlich verordnete und kontrollierte, App-gestützte Bewegungstherapie „OrthoHeroBKK“

**Hiermit erkläre ich**,

- dass ich ausführlich und umfassend über das Versorgungsangebot nach diesem Vertrag durch meinen behandelnden Arzt und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Versicherteninformation zur Teilnahme, zum Versorgungsprogramm sowie zum Datenschutz und der DSGVO (Anlagen F2.1 bzw. F2.2 und F3) analog oder elektronisch 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 meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Betriebskrankenkasse widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. 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 schriftlichen oder elektronischen Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme für 90 Tage bzw. bei Therapieverlängerung für weitere 90 Tage (max. 180 Tage), längstens bis zum ärztlichen Abschlussgespräch bzw. Ablauf der App-Nutzungslaufzeit, bindend ist.
- dass ich im Rahmen meiner Programmteilnahme bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer und die Herodikos App gebunden bin und bei Nichteinhaltung keinen Anspruch auf die dadurch entstandenen Kosten habe.
- dass parallel zur Teilnahme an der besonderen Versorgung „OrthoHeroBKK“ eine Teilnahme an einem weiteren besonderen Versorgungsprogramm mit Einbindung digitaler Elemente zum Eigentraining sowie das Eigentraining mit einer Digitalen Gesundheitsanwendung für die selbe Erkrankung nicht erfolgen kann.
- dass ich meine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Betriebskrankenkasse kündigen kann.
- dass meine Teilnahme in jedem Fall automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Betriebskrankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung für meine Betriebskrankenkasse 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 meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Ich erkläre hiermit, dass ich das Merkblatt mit der Versicherteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) analog oder elektronisch 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 Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

### Patientenbefragung und wissenschaftliche Evaluation

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität dieses Versorgungsangebots soll es wissenschaftlich bewertet (evaluiert) werden. Zu diesem Zweck werden Ihre Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z. B. Alter oder Geschlecht) benötigt. Dabei ist sichergestellt, dass diese Daten nur in pseudonymisierter, fallbezogener Form an ein wissenschaftliches Institut weitergeleitet werden, d. h. dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Bewertung wird ggf. eine Patientenbefragung durchgeführt. Sie werden dazu nur kontaktiert, wenn Sie dazu hier Ihr Einverständnis geben.

☐ Mit einer Patientenbefragung im Anschluss an die Behandlung bin ich einverstanden.

**Sofern ich in die Patientenbefragung nicht einwillige oder die Einwilligung später widerrufe, kann ich dennoch am Versorgungsprogramm teilnehmen und es entstehen mir keine Nachteile.**

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen und bin mit der vorgesehenen Datenverarbeitung einverstanden**.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre 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.

✘ _____

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

✘ _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes