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

Teilnahme- und Einverständniserklärung
der Versicherten sowie deren Sorgeberechtigten
Für die besondere Versorgung von Mädchen durch die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Vertrag § 140a SGB V
„Mädchensprechstunde – M1“

(aufklärender Arzt)

Für den Arzt: postalische Übersendung
BKK Landesverband Bayern
Programm *„Mädchensprechstunde M1“*
Züricher Str. 25, 81476 München

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig ist und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme an dem Vertrag „Mädchensprechstunde – M1“ kann nur bei einer/einem teilnehmenden Fachärztin/ -arzt für Frauenheilkunde erfolgen. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt auch während der Teilnahme innerhalb der teilnehmen Fachärztinnen oder -ärzten für Frauenheilkunde erhalten.

Ich verpflichte mich für die Dauer meiner Teilnahme, i.d.R. bis zur vollständigen Leistungserbringung der Mädchensprechstunde – M1, alle zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen Untersuchungen wahrzunehmen und insbesondere den Fragebogen zur M1 als Basis des ärztlichen Gesprächs auszufüllen.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich und meine Eltern (jeweils im Namen und mit Zustimmung des anderen Elternteils) schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der BKK mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag kann ich mit Zustimmung meines gesetzlichen Vertreters (ein Sorgeberechtigter jeweils im Namen und mit Zustimmung des anderen Elternteils) innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die BKK bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die BKK auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Die Teilnahme endet:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der BKK,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit Zugang einer außerordentlichen Kündigung,
- mit dem Datum, zu dem die BKK meine Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einer/einem nicht teilnehmenden Ärztin bzw. Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag,
- mit Ende der Teilnahme der/-s betreuenden Frauenärztin/-arztes.

Einverständniserklärung

Ich und meine Eltern sind über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und ich wünsche eine Teilnahme. Meine Eltern stimmen diesem Wunsch ausdrücklich zu. Dabei ergeht die Zustimmung des Elternteils auch für den anderen sorgeberechtigten Elternteil.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und meine Eltern und ich sind mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Meine Eltern und ich erklären, dass ich bei der angegebenen BKK versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile und bei Änderung des Versichertenverhältnisses meiner/-n behandelnden Ärztin/Arzt informiere.

Neueinschreibung ☐

Wechsel der Krankenkasse: ☐ zum: ..... Krankenkasse: .....

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Mein gesetzlicher Vertreter und ich erklären hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir und meinen Eltern ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

_____ _____

Datum **Unterschrift Versicherte**

Erklärung des gesetzlichen Vertreters:

Ich erkläre mich als gesetzlicher Vertreter ebenfalls mit der Teilnahme meiner Tochter einverstanden. Das Einverständnis ergeht dabei auch im Namen des jeweils anderen Sorgeberechtigten.

_____ _____

Datum **Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**