

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

Teilnahmeerklärung gilt für

**Bosch BKK**



**Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Baden-Württemberg und der Bosch BKK**

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 der Bosch BKK 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 Bosch BKK 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**

## 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