

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

**Erklärung zur Teilnahme  
am Vertrag nach § 140a SGB V über die  
Durchführung einer ambulanten  
Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für  
Versicherte bis zur Vollendung des  
35. Lebensjahres  
KNAPPSCHAFT**

**1. Teilnahmeerklärung:**

Hiermit erkläre/n ich/wir als Sorgeberechtigte/r,

- dass ich/mein/unser Kind über den angegebenen Hautarzt in den Vertrag gemäß § 140a SGB V zur **Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung** eingeschrieben werde/wird.
- dass mich mein Hautarzt in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Inhalte und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile der Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- dass die Teilnahme automatisch mit Vollendung des 35. Lebensjahres bzw. mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V endet oder wenn der Vertrag über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung beendet wird.
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Vertragsärzte und andere Vertragsärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Sollte ich entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können mir die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Arztes entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
- dass der unterzeichnende Hautarzt mein gewählter Arzt ist.
- dass die Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der KNAPPSCHAFT mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gekündigt werden kann. Unberührt bleibt das Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung. Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter der Nennung der Gründe bei der KNAPPSCHAFT möglich. Eine erneute Teilnahme nach einer Kündigung ist bis zum Ende des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt worden ist, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf bzw. Kündigung ist zu richten an: KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung bzw. Abgabe der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

**2. Freiwillige Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke. Mein/Unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich. Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

Die von meiner Krankenkasse und den Vertragspartnern in der Patienteninformation (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung (im Weiteren nur Verarbeitung) meiner Daten auf Grundlage des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hautarzt die jeweils von ihm erhobenen Daten zur Dokumentation und Durchführung des Vertrages sowie zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang

mit der KNAPPSCHAFT und den Vertragspartnern sowie weiteren Leistungserbringern im Rahmen des Vertrages übermitteln darf. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung der im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Diese Teilnahmeerklärung kann auf Anforderung durch den Hautarzt an die KNAPPSCHAFT, Referat Vertragsangelegenheiten, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus, Telefax: 0355 357 17240 übermittelt werden. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Hautärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KV). Die KV leitet diese Abrechnungsdaten an die KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT informiert die KV und den Hautarzt über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

**Ja, ich/mein/unser Kind nehme/nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unserer Unterschrift. Ein Exemplar dieser Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen; ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.**

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

**Vom behandelnden Hautarzt auszufüllen -**

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift / Stempel Hautarzt

## **Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung in der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres**

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg und die KNAPPSCHAFT verfolgen vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) gerade junger Menschen das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen. Bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres haben Sie alle zwei Jahre Anspruch auf gezielte Früherkennungsuntersuchungen um

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu werden Sie neben der ärztlichen Untersuchung über das persönliche Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Hautkrebs beraten.

Im Folgenden informieren wir Sie über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Versorgung

### **Datenschutzmerkblatt**

#### **Datenverarbeitung**

Informationen der Versicherten zur Datenverarbeitung durch die KNAPPSCHAFT und ihrer Vertragspartner nach der Datenschutzgrundverordnung (im Weiteren DSGVO) und dem Sozialgesetzbuch (im Weiteren SGB) IV, V, X, XI

Ihre Daten werden im Rahmen der vertraglichen Aufgaben der Vertragspartner (beteiligte Ärzte, KNAPPSCHAFT und Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Wahrung der weiteren gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

#### **1) Datenkategorien und Datenherkunft**

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten im o. a. Vertrag:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

#### **2) Der Weg Ihrer Daten in der besonderen Versorgung**

##### **Datenübermittlungen zur Vertragsdurchführung und ärztlichen Leistungsabrechnung**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderer Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern: der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, den Vertragsärzten und der KNAPPSCHAFT zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung der besonderen Vertragsleistungen.

Die besonderen Leistungen Ihres gewählten Facharztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet. Dazu muss er nach Klärung Ihrer Teilnahmeberechtigung eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt übermittelt gemäß § 295a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten resultierend aus seiner Behandlung sicher verschlüsselt an die

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (im Weiteren KV). Dort werden Ihre Teilnahme am besonderen Versorgungsprogramm und vertragliche Voraussetzungen geprüft. Anschließend übermittelt die KV der KNAPPSCHAFT in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und wiederum verschlüsselt eine sogenannte Abrechnungsdatei mit Ihren Daten. Auf dieser Grundlage zahlt die KNAPPSCHAFT die Vergütung für Ihren Arzt aus.

Während Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung werden folglich auf Grundlage Ihrer Einwilligung und den gesetzlichen Grundlagen Ihre personenbezogenen Daten, auch Ihre Gesundheitsdaten, aus der ärztlichen Behandlung und Versorgung gesichert verarbeitet. Diese Verarbeitung erfolgt zweckgebunden zur ordnungsgemäßen und qualitätsgesicherten Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung, ihrer vertragsgemäßen Durchführung und Abrechnung, sowie der erforderlichen ärztlichen Dokumentation der ärztlichen Behandlung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

### **3) Dauer der Speicherung**

Die Daten werden für die vertragliche Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), des ärztlichen Berufsrechts sowie nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und ggf. anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gespeichert und anschließend gelöscht.

### **4) Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO**

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann zukünftig nicht mehr möglich. Es bleibt bei der regulären fachärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben zudem unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i.V. m. § 84 SGB X), ein Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X), auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten in der Arztpraxis ist Ihr Arzt. Für die Abrechnung der besonderen Versorgung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die KV Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam. Sie können sich wegen der dortigen Verarbeitung der Abrechnungsdaten an deren Datenschutzbeauftragten wenden ([datenschutzbeauftragter@kvbb.de](mailto:datenschutzbeauftragter@kvbb.de)).

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstabe f) und h) i. V. m. Abs. 3 DSGVO und §§ 295, 295 a i. V. m. 140 a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle an der Verarbeitung Beteiligten sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder dem Sozialgeheimnis.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der KNAPPSCHAFT erfolgt ebenfalls nur im gesetzlich zulässigen Umfang. Die KNAPPSCHAFT hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinischen Behandlungsdaten. Die verantwortliche Stelle bei der KNAPPSCHAFT und des

Datenschutzbeauftragten und seine Kontaktdaten sind nachfolgend dieser Information zu entnehmen.

Verantwortlicher:

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus-Berlin, August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus, Tel.: 08000 200 501

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der KNAPPSCHAFT Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Beauftragter für Datenschutz  
Verwaltungsgebäude Trimontepark 2/3  
Wasserstr. 215  
44799 Bochum  
Email: [datenschutz@kbs.de](mailto:datenschutz@kbs.de)  
Tel.: 02304-304-0

Allgemeine Informationen der KNAPPSCHAFT zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.knappschaft.de>  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

#### **5) Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Nach Art. 77 DSGVO i. V. m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de), Telefon: 0228-997799-0