

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

## Teilnahme- / Datenfreigabeerklärung

# G5

### Besonderer Versorgungsvertrag „MICADO“

MICADO HEALTH CARE GMBH  
Alsterkrugchaussee 350  
22297 Hamburg

Fallnummer (MICADO Intern)

MICADO Intern

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur „Besonderen Versorgung - MICADO“

#### Hiermit erkläre ich, dass

- » mich mein behandelnder Arzt ausführlich über Inhalte der „Besonderen Versorgung“ und die Versorgungsziele informiert hat.
- » ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- » ich freiwillig und kostenfrei an der „Besonderen Versorgung“ teilnehme.
- » mich mein behandelnder Arzt ausführlich über meine Mitwirkung informiert hat. Meine aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erreichen. Dieses beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates des teilnehmenden Arztes. Bei fehlender Mitwirkung erfolgt eine Information an die zuständige Krankenkasse.
- » ich darüber informiert bin, dass bei fehlender Mitwirkung gem. § 66 SGB I meine Krankenkasse Leistungen innerhalb dieser „Besonderen Versorgung“ ganz oder in Teilen versagen kann, sofern ich schriftlich - zur Anhörung - von ihr darauf hingewiesen wurde, meiner Mitwirkungspflicht innerhalb einer angemessenen Frist nachzukommen.
- » bei ausreichender Mitwirkung und fruchtlosem Verstreichen der Anhörungsfrist kann meine Krankenkasse über die Beendigung meiner Teilnahme entscheiden.

#### Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- » mit der Beendigung des Vertrages oder dem Ende der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse.
- » bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse.
- » bei fehlender Mitwirkung.
- » durch eine außerordentliche Kündigung, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.
- » mit Abschluss der Behandlung, spätestens jedoch 6 Monate nach der OP.

### Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

#### Hiermit erkläre ich, dass

- » ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ ist.
- » ich einer Verarbeitung und Nutzung meiner in der „Besonderen Versorgung“ erhobenen medizinischen und persönlichen Daten zustimme.
- » ich die zweiseitige „Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten habe und die Hinweise zu meinen Rechten zur Kenntnis genommen habe. Zudem habe ich eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausgehändigt bekommen.
- » ich weiß, dass meine Daten für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht werden.
- » ich weiß, dass die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben entspricht und eine Übermittlung von Daten nur in verschlüsselter Form erfolgt.

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der „Besonderen Versorgung - MICADO“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

**Ja, ich habe auch die Hinweise zur Datenerhebung und -verarbeitung zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Mir ist bekannt, dass ich alle Hinweise zu meinen Rechten in der Patienteninformation nachlesen kann.**

X

Datum

Unterschrift d. Patienten/in oder d. gesetzlichen Vertreters

### Einwilligung zur gesonderten Auswertung und Evaluation meiner Daten für statistische Zwecke

#### Hiermit erkläre ich, dass

- » ich mit der Auswertung und Evaluation meiner patientenbezogenen Daten für statistische Analysen einverstanden bin.

X

Datum

Unterschrift d. Patienten/in oder d. gesetzlichen Vertreters

**Widerrufsrecht:** Meine / unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich / können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form sowie zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung.

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

## Patienteninformation

**G6**  
Teil 1

### Besonderer Versorgungsvertrag „MICADO“

MICADO HEALTH CARE GMBH  
Alsterkrugchaussee 350  
22297 Hamburg

## Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz - Teil 1

Die gesetzlichen Regelungen (§ 295a ff. SGB V) sehen vor, dass alle Patienten, die an den Verträgen zur „Besonderen Versorgung“ (§ 140a SGB V) teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung sowie die Vertragsinhalte informiert werden. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sorgfältig durch.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ kommt lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und anderen an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

### 1. Allgemeines

Ihre Krankenkasse hat einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten, stationärsersetzenden und stationären Versorgung mit der MICADO HEALTH CARE GmbH geschlossen.

#### Ziele des Vertrages:

- » der Zugang zu einer optimierten Versorgung des Patienten
- » die Erhöhung der Versorgungsqualität durch operative Mindestfallzahlen der Operateure
- » die Erhöhung der Qualität und der Patientenzufriedenheit durch kontinuierliche Begleitung, Befragungen und Verbesserungen
- » die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen
- » die Verringerung der psychosozialen Belastung der Patienten und eine damit einhergehende schnelle Genesung
- » die Realisierung kurzer Wartezeiten sowie eine Steigerung der Patientenzufriedenheit

#### Inhalte des Vertrages:

- » die im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlichen Voruntersuchungen und Zuweisung durch zugelassene Fachärzte
- » die Behandlung bzw. Operation durch einen Facharzt und die damit verbundene Anästhesie einschließlich der Sachkosten
- » falls erforderlich, die medizinische Nachuntersuchung durch einen Facharzt innerhalb von 21 Tagen nach erfolgter Operation
- » eine ausreichende Arzneimittelversorgung, wenn diese in direktem Zusammenhang mit der Behandlung steht
- » eine abgestimmte Dokumentation und Qualitätssicherung
- » eine zeitnahe Durchführung der Behandlung nach Diagnosestellung

### 2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

#### a. Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Ihre Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird durch den von Ihnen gewählten Arzt an das mit der Vertragsabwicklung beauftragte Dienstleistungsunternehmen „MICADO HEALTH CARE GmbH“ gesandt. Die Beauftragung des Dienstleistungsunternehmens mit der Vertragsabwicklung erfolgt durch den von Ihnen gewählten Arzt. Durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Zum Zeitpunkt der Abrechnung wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Dienstleistungsunternehmen an Ihre Krankenkasse weitergeleitet.

#### b. Widerrufsrecht / Kündigung

**Die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in schriftlicher oder elektronischer Form sowie zur Niederschrift widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt zur Fristwahrung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung“ können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.**

Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist außerordentlich jederzeit gegenüber der Krankenkasse schriftlich gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

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

## Patienteninformation

**G6**  
Teil 2

### Besonderer Versorgungsvertrag „MICADO“

MICADO HEALTH CARE GMBH  
Alsterkrugchaussee 350  
22297 Hamburg

## Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz - Teil 2

### c. Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt er Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten an das mit der Vertragsabwicklung beauftragte Dienstleistungsunternehmen „MICADO HEALTH CARE GmbH“ auf postalischem Weg. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend gem. § 295a SGB V auf elektronischem Weg über eine Datenstelle an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an das mit der Abrechnung beauftragte Dienstleistungsunternehmen aus, welches dann wiederum die Vergütung an Ihren Arzt weiterleitet.

Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- » Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten.
- » Versichertennummer, Versichertenstatus, Kassenkennzeichen, Unfallkennzeichen.
- » Art der Inanspruchnahme, Behandlungszeitraum, OP-Datum, OP-Dauer, Anzahl der Übernachtungstage, Diagnosen nach ICD 10, Therapie (Operationen- und Prozedurenschlüssel), Komplex-Pauschale und ihr Wert.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

### d. Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Krankenkasse

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen erhoben und verarbeitet. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

### e. Information

Sollten Sie Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung haben, richten Sie Ihr Schreiben hierzu an Ihre Krankenkasse. Für Fragen zum Datenschutz können Sie sich auch an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden. Die entsprechenden Kontaktdaten können Sie über die Homepage der MICADO HEALTH CARE GmbH unter:

<https://www.micado-online.de/Home/FürPatienten/WeristderDatenschutzbeauftragtemeinerKasse.aspx> einsehen oder unter der Telefonnummer 040 - 64 22 60 80 erfragen.

## 3. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung

Sie haben folgende Rechte:

- » Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X).
- » Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- » Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- » Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- » Das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 17 Abs. 1 Satz 1 BDSG).
- » Die für MICADO zuständige Aufsichtsbehörde ist: Der Hamburgische Beauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Tel.: 040 42854 4040; E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de (Art. 20 DS-GVO).

Rein automatisierte Entscheidungsfindungen einschließlich Profiling gemäß Artikel 22 Absätze 1 und 4 DSGVO werden von uns nicht eingesetzt. Sollten wir diese Verfahren in Einzelfällen einsetzen, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

Sie können Ihre Einwilligung in die Nutzung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Den Widerruf erklären Sie schriftlich per Fax oder per Post gegenüber Ihrer Krankenkasse. Auf gleichem Wege können Sie eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Durch Widerruf Ihrer Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung scheidet Sie aus dem Programm aus.