



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vertragskennzeichen: <b>12017100075</b>		

**Teilnahmeerklärung**  
Vertrag nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche  
(FKJ-Vertrag)



**AOK Niedersachsen**  
**Die Gesundheitskasse.**

### **Teilnahmeerklärung**

Grundsätzlich ist die Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung über den Teilnahmeprozess des **AOK-Arztportals** ausreichend. Im Falle der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ohne Nutzung des AOK-Arztportals, sind diese **postalisch** an die **AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse., 30142 Hannover** zu senden.

#### **1. Hiermit erkläre ich, dass**

- ich die Informationen zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen habe und gebe meine Einwilligung in die Datenverarbeitung.
- ich die Teilnahmeerklärung zur Kenntnis genommen habe und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- ich mich für die vorgesehene Behandlungsdauer an meine gewählte Therapieform (Früherkennungsuntersuchung) binde.
- ich die im Folgenden näher beschriebenen Details zum Widerrufs- und Kündigungsrecht gelesen und mich damit einverstanden erklärt habe.

#### **2. Widerrufs- und Kündigungsrecht**

**Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:**

Meine Teilnahme ist freiwillig, sie beginnt mit dem Tag der Abgabe der Teilnahmeerklärung und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung. Die Zustimmung der Teilnahme kann von mir jederzeit zur Niederschrift gegenüber der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen oder in Textform zu richten an AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse, Unternehmensbereich Strukturierte Versorgung, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover ohne die Angabe besonderer Gründe ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Mir ist bewusst, dass im Falle der Nutzung meiner Kündigungsrechte eine weitere Teilnahme an dem Versorgungsmodell ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist.

**Ich kann meine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse ohne Angabe von Gründen widerrufen.** Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse. Mir ist bewusst, dass im Falle der Nutzung meiner Widerrufsrechte eine weitere Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist.

Durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung entstehen für mich keine zusätzlichen Kosten. Wenn ich mich nicht für eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung entscheide oder diese kündige oder widerrufe, erhalte ich weiterhin – ohne Einschränkungen – die sonst üblichen Leistungen der Regelversorgung.

### **3. Mir ist bekannt, dass**

- die beteiligten Leistungserbringer (die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch in einer Praxis) meine Befunddaten dokumentieren und einsehen können.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- meine Einwilligung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung an die Teilnahme an der besonderen Versorgung gebunden ist.
- meine Teilnahme an der besonderen Versorgung endet,
  - wenn ich nicht mehr bei der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse versichert bin.
  - bei Wegfall der Voraussetzungen.
  - bei Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung.
  - wenn ich meine Teilnahme an dem Vertrag kündige oder widerrufe.
  - automatisch mit dem Ende dieses Vertrages.
  - einen Tag vor dem 18. Geburtstag, ohne dass es einer Kündigung bedarf wenn die vorgesehene Versorgungsleistung vollständig erbracht wurde.
  - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V

Eine Patienteninformation zu dem Vertrag zur besonderen Versorgung wurde mir zur Verfügung gestellt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich erhalte eine Kopie der Teilnahmeerklärung.

---

Name / Vorname

---

Anschrift

---

Ort, Datum

**X** Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/Betreuer

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

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**  
Vertrag nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (FKJ-Vertrag)



**AOK Niedersachsen**  
**Die Gesundheitskasse.**

**Einverständnis zur Datenverarbeitung** im Rahmen des Vertrags zur besonderen Versorgung über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.

Diese Einwilligungserklärung regelt den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten und die Entbindung von der ärztlichen/therapeutischen **Verschwiegenheitspflicht** im Rahmen der besonderen Versorgung.

Für eine optimale Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung und zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit ist es notwendig, bestimmte patientenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (vgl. §§ 67a und 67b SGB X). Betroffen sind insbesondere meine Stammdaten sowie erforderliche Gesundheitsdaten. Die Einzelheiten der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten ergeben sich aus dem vorstehenden Merkblatt zum Datenschutz. Ich erteile hiermit ausdrücklich die folgenden datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen:

**1. Meine Stammdaten sowie meine Gesundheitsdaten** dürfen von den an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringern, soweit erforderlich, erhoben und in der Patientenakte gespeichert werden. Stammdaten sind Daten die sich meiner Person zuordnen lassen (z.B. Name, Geburtsdatum, Alter, Anschrift etc.). Gesundheitsdaten beziehen sich auf meine bisherige, derzeitige oder künftige körperliche oder geistige Verfassung (z.B. Krankheiten, Behinderungen, Krankheitsrisiken, Vorerkrankungen, erfolgte Behandlungen etc.). Die nachstehend genannten Leistungserbringer haben im Rahmen meiner Behandlung, im gegenseitigen Austausch Zugang zu diesen Daten und dürfen diese verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben und im Rahmen meiner Behandlung jeweils erforderlich ist. Leistungserbringer im Sinne der vorstehenden Ausführungen sind meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte. Meine Krankenkasse, die AOK Niedersachsen, hat keinen Zugriff auf die ärztlichen Dokumentationen bzw. die Patientenakte.

Hiermit willige ich in die Erhebung, Weiterleitung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten nach Ziffer 1. ein. → Diese Einwilligung ist **Voraussetzung** für die Teilnahme an der besonderen Versorgung.

**2. Meine Daten werden für wissenschaftliche Zwecke genutzt**

Die über mich gespeicherten Daten dürfen auch für Maßnahmen der Qualitätssicherung und der wissenschaftlichen Begleitung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen pseudonymisiert durch die Vertragspartner verarbeitet und genutzt werden.

Meine Daten dürfen – auch nach Behandlungsabschluss – zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung in pseudonymisierter Form, d.h. mit einer Kennung, aber ohne meinen Namen, Kontaktdaten oder sonstige Angaben, so dass kein Rückschluss auf mich aus diesen Angaben möglich ist, verarbeitet werden.

Hiermit willige ich in die Erhebung, Weiterleitung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten nach Ziffer 2 ein.  
→ Diese Einwilligung **ist Voraussetzung** für die Teilnahme an der besonderen Versorgung.

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:**

**Mit meiner Unterschrift entbinde ich die AOK Niedersachsen sowie die an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (Ärztinnen/Ärzte, Arztpraxis), die im Rahmen der besonderen Versorgung tätig werden und die gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zum Zwecke des Informationsaustauschs untereinander von ihrer Verschwiegenheitspflicht.**

**Mein Recht auf Widerruf und Beendigung**

Die unter Punkt 1. und Punkt 2. genannten Einwilligungen zur Datenverarbeitung sind freiwillig, ich kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Meinen Widerruf in Textform richte ich an:

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.  
Unternehmensbereich Strukturierte Versorgung  
Hans-Böckler-Allee 13  
30173 Hannover

Im Falle eines Widerrufes der Einwilligungen sowie einer Beendigung meiner Teilnahme an dem Vertrag wird auch die Datenverarbeitung nach dieser Einwilligungserklärung beendet, sobald alle Abrechnungsprozesse abgeschlossen sind. Ich habe das Merkblatt zum Datenschutz, aus dem die Einzelheiten der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten hervorgehen, aufmerksam gelesen und die Inhalte verstanden sowie eine Kopie des Merkblatts erhalten.

---

Name / Vorname

---

Ort, Datum

**X** Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Betreuer/Vertreter