

Name, Vorname des Versicherten				geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum		



Bitte in Original oder in Kopie senden an:
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Per FAX: 0711 7875-483835

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des/der Versicherten* am ADHS/ADS – Vertrag

1. Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich als Sorgeberechtigte/r für mein Kind die Teilnahme am ADHS/ADS-Vertrag gegenüber meiner Krankenkasse. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen zur Behandlung meines Kindes durch die gewählten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, welche an der Versorgung im Rahmen des ADHS/ADS-Vertrages teilnehmen, erbracht werden.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert und aufgeklärt. Die Teilnahme meines Kindes am ADHS/ADS Vertrag ist freiwillig. Die Belehrung zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt, ich habe sie gelesen und verstanden.

2. Vertragliche Bindung

Die Vertragsteilnahme meines Kindes beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für 2 Wochen frei, die Teilnahme meines Kindes zu widerrufen (vgl. auch die Hinweise in Ziffer 5). Anschließend ist mein Kind für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme meines Kindes verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich die Teilnahme meines Kindes nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von 4 Wochen kündigt. Während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund (z.B. Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) bleibt unberührt.

Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erfolgen, im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe in dem Schreiben zu benennen.

3. Beendigung des Vertrages

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme, ohne dass es einer Kündigung bedarf,

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Vertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu nicht an der Versorgung im Rahmen des ADHS/ADS -Vertrages teilnehmenden Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung
- oder bei Beendigung dieses Vertrages

4. Information und Folgen von Pflichtverstößen

Mir ist bekannt, dass mit der Teilnahme ausschließlich am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer für den im Vertrag vorgesehenen Versorgungsauftrag in Anspruch genommen werden können.

Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten aus diesem Vertrag, etwa durch die nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können ihnen bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstandenen Mehrkosten der Krankenkasse auferlegt werden. Bei wiederholter Pflichtverletzung kann dies zu einem Ausschluss aus dem Vertrag führen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

5. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des ADHS/ADS-Vertrages vergütet werden.

6. Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme meines Kindes am und bei der Durchführung des ADHS/ADS Vertrags zwingend erforderlich ist, die Daten meines Kindes zu erheben, zu verarbeiten und weiter zu geben. Meine Einwilligung hierzu ist freiwillig.

Ich wurde über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes aufgeklärt, habe die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (vgl. Anlage 1b) und bin mit den Inhalten einverstanden.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes im Rahmen des ADHS/ADS-Vertrags stehen, von den mein Kind behandelnden Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, meine Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, weitergegeben werden dürfen.

Ich stimme zu, dass die Daten meines Kindes (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Personengruppe, DMP-Kennzeichen, Teilnahmebeginn, Diagnose, Leistungsdatum und Abrechnungsziffer) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie ggf. zur wissenschaftlich-medizinischen Beurteilung an eine Qualitätssicherungskommission weiter gegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung mein Kind nicht am ADHS/ADS Vertrag teilnehmen kann.

Mir ist bekannt, dass ich eine erteilte Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten meines Kindes jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung (gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a DSGVO i.V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Der Widerruf meiner Einwilligung führt jedoch dann dazu, dass eine Teilnahme meines Kindes an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme meines Kindes am ADHS/ADS -Vertrag und willige gleichzeitig in die Erhebung, Nutzung und Übermittlung (Verarbeitung) der personenbezogenen Daten meines Kindes ein.

Ebenso bestätige ich mit meiner Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

*Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter. Hierin sollen keine Bevorzugung und keine Diskriminierung eines Geschlechts zum Ausdruck kommen. Die gewählte Fassung dient allein der besseren Übersichtlichkeit des Textes und damit einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.