

**Teilnahmeerklärung
zur ambulanten zahnärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V**

(Version März 2019)

Krankenkasse: _____

Teilnahme ab: _____

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
Straße:	PLZ, Ort:
Zahnarzt:	

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich bei der genannten Krankenkasse versichert bin,
2. ich für mindestens 12 Monate am Wahltarif teilnehme (Teilnahmejahr). Während des Wahltarifes suche ich nur Zahnärzte auf, die an dem Vertrag teilnehmen,
3. ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ende meines Teilnahmejahres ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Wahltarif schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate,
4. ich ausführlich und umfassend über den von meiner Krankenkasse angebotenen Wahltarif informiert bin und mir ein Merkblatt sowie eine Versicherteninformation ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind,
5. ich bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere,
6. ich bereit bin, abgesprochene Behandlungstermine mit dem Zahnarzt wahr zu nehmen,
7. ich bevor ich den Zahnarzt wechsele die Krankenkasse schriftlich informiere,
8. ich mich für die Dauer meiner Teilnahme verpflichte, nur Zahnärzte aufzusuchen die an diesem Vertrag teilnehmen. Zahnärzte, die nicht an dem Vertrag teilnehmen, nehme ich nur in Anspruch, wenn mir eine Überweisung von einem teilnehmenden Zahnarzt ausgestellt wurde. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Zahnärzten im Notfall,
9. ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des behandelnden Zahnarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungszahnarzt aufsuche.

Bei den Punkten 5 bis 7 handelt es sich um Mitwirkungspflichten Ihrerseits. Im Falle der Nichteinhaltung kann die Krankenkasse die Leistung versagen. Die Leistung darf nur versagt werden, nachdem Sie auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden sind und Sie der Mitwirkungspflicht – soweit noch tatsächlich möglich – in einer Ihnen gesetzten angemessenen Frist nicht nachgekommen sind. Bei Punkt 8 handelt es sich um Pflichtverletzungen Ihrerseits. In diesem Fall kann die Krankenkasse die Teilnahme am Wahltarif kündigen, wenn Sie wiederholt dagegen verstoßen.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme am Wahltarif freiwillig ist.
2. mit Ende der Versicherung die Teilnahme am Wahltarif endet.
3. ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Wahltarif informiert werde.
4. meine zum Wahltarif erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X sowie Art. 16, Art. 17, Art. 18 und Art. 21 DSGVO) bei meinem Ausscheiden aus dem Wahltarif gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Wahltarif.
5. die Krankenkasse, die Zahnärzte und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum (Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG) die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datennutzung im Rahmen des Wahltarifes sind im Merkblatt und in der Versicherteninformation beschrieben.
6. ein Zahnarztwechsel, zu einem Zahnarzt der nicht an diesem Vertrag teilnimmt, vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (siehe Merkblatt).

Widerrufsrechtsbelehrung:

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt grds. mit dem Tag der Einschreibung. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in dem Merkblatt näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich die Teilnahme ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe in Schriftform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen kann.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlicher Vertreter

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung, Widerrufsbelehrung und Datenschutzfreigabe

Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten den Wahltarif „Zahnbehandlung exklusiv“ an, um die zahnärztliche Versorgung für Versicherte durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Zahnärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistung und Koordinierung zu optimieren.

Zur Umsetzung der vertraglichen Inhalte benötigt die Betriebskrankenkasse die personenbezogenen Daten, die der Zahnarzt von den teilnehmenden Versicherten erhebt.

Über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten wurde ich durch die behandelnde Zahnärztin/den behandelnden Zahnarzt aufgeklärt.

Mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende Daten erhoben und verarbeitet werden:

a) Personenbezogene Daten

- Daten der Krankenversichertenkarte (Name, Vorname, Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit, Geb.datum, Anschrift, Krankenkasse), Einschreibedatum

b) Abrechnungsrelevante Daten

- Datum der Behandlung, Abrechnungspositionen, Wert der Abrechnungspositionen in EUR, Festzuschüsse in EUR, Name und Arztnummer des behandelnden Zahnarztes

c) Behandlungsdaten

- Befunderhebungsdaten, Therapieempfehlungen, Anzahl der Kontrollen, Angaben der behandelnden Ärzte

Die Daten werden ausschließlich durch Ihren behandelnden und am Vertrag teilnehmenden Zahnarzt für dessen Aufgaben erhoben.

Die Betriebskrankenkasse bzw. das Abrechnungszentrum erhält nur Daten nach Buchstabe a und b, die nach dem Gesetz für die Abrechnung erforderlich sind. Die Datenübermittlung erfolgt grds. gem. §§ 295, 295a SGB V

Mit dieser Einwilligung rechnet ihr behandelnder Zahnarzt ab.

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. nach § 110a SGB IV, § 304 SGB V, Art. 17 DSGVO) gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens jedoch 10 Jahre nach Teilnahmeende. Darüber hinaus wird im Datenbestand der Betriebskrankenkasse ein Merkmal gespeichert, das die Teilnahme am Vertrag erkennen lässt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten (Buchstabe a, b und c) bei Einbeziehung an andere Zahnärzte übermittelt werden. Im Einzelfall können Sie der Übermittlung dieser Daten widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- meine Zahnärztin/Zahnarzt die Information, dass ich am Wahltarif „Zahnbehandlung exklusiv“ teilnehme und meine Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung an die Betriebskrankenkasse weiterleitet und diese dort gespeichert wird,
- meine Daten zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Prüfung der Abrechnung durch meine Krankenkasse erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an meine Betriebskrankenkasse weitergeleitet werden,
- dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten) vom Zahnarzt dokumentiert werden

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme am Wahltarif „Zahnbehandlung exklusiv“ führt.

Ich erkläre, dass mir die Teilnahmeerklärung, das Merkblatt, die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung sowie die Versicherteninformation nach Art. 13 DSGVO ausgehändigt wurden. In diesen sind u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten beschrieben. Ich erkläre, dass ich diese sorgfältig gelesen haben und mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Wahltarif „Zahnbehandlung exklusiv“ einverstanden bin.

Bitte ankreuzen

- Ich bin mit der Nutzung meiner Daten für den oben beschriebenen Zweck einverstanden
- Das Merkblatt wurde mir ausgehändigt und ich habe dieses gelesen
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, wie im Merkblatt unter dem Punkt „Wissenschaftliche Begleitung“ beschrieben, anonymisiert weitergeleitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters