



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM (Gewebe) im nNGM-Zentrum Köln

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise zum Ausfüllen und Versenden der Anforderungsunterlagen!

1. Die Anforderung sollte online und vollständig ausgefüllt werden!
2. Bitte unterschreiben (Arzt und Patient) und senden Sie uns ausschließlich folgende Anlagen der Anforderung per Fax an 0221 478 14 60207 zu:
 - Anforderungsschein Seite 1-3
 - Einwilligungserklärung Seite 1-7 (**Achtung: Seite 2 Teil 1a muss mit „Ja“ angekreuzt werden, da Pflichtangabe für die molekulare Diagnostik**)
 - Teilnahmeerklärung Seite 1-3
 - Pathologischen Befund
 - Aktuellen Arztbrief

Bitte geben Sie Ihrem Patienten folgende Unterlagen/ Kopien mit:

- Patienteninformation (**Bitte den Button "Patienteninformation" über dem Kassen-Button auf <https://ngm-cancer.com/anforderung/> anklicken und ausdrucken**)
 - Kopie der Einwilligungserklärung Seite 1-7
 - Kopie der Teilnahmeerklärung Seite 1-6
3. Nach Eingang Ihrer Anforderung kümmern wir uns umgehend um die Zusendung des Tumormaterials vom angegebenen Pathologen und leiten anschließend die molekulare Diagnostik in Köln ein.
 4. Sie werden über die Ergebnisse der molekularen Diagnostik schriftlich informiert.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter der Rufnummer 0221 478 97815 gerne zur Verfügung!

Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM (Gewebe)

im nNGM-Zentrum Köln
per Fax an: 0221 478 14 60207

Hinweise: 1. Bitte verwenden Sie immer nur das aktuelle Anforderungsformular (siehe www.ngm-cancer.com) und füllen alle Felder deutlich und vollständig aus. 2. Bitte senden Sie uns ausschließlich eine Kopie des Anforderungsformulars zu, das Original soll in der Patientenakte verbleiben.

Ich bin **Netzwerkpartner im nNGM.*** → nNGM-Partnernummer: _____

Ich bin **kein Netzwerkpartner im nNGM.****

Bei Interesse am Beitritt zum nNGM nehmen Sie gerne Kontakt mit uns unter Tel. 0221 478 96532 auf.

<p>Patientenetikett (bitte hier aufkleben)</p> <p>_____</p> <p><i>Name, Vorname</i></p> <p>_____</p> <p><i>geboren am</i></p> <p>_____</p> <p><i>Straße</i></p> <p>_____</p> <p><i>PLZ/Wohnort</i></p> <p>_____</p> <p><i>Versichertennummer</i></p>	<p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d</p> <p>Gewicht: _____ Größe: _____</p> <p>stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/></p> <p>(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</p> <p>Raucherstatus:</p> <p><input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nieraucher</p>
<p>Krankenkasse</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p>↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (Bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben)</p>	
<p>ECOG Performance Status</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</p>	
<p>Histologie</p> <p><input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamoses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p style="text-align: center;">- Bitte unbedingt den aktuellen pathologischen Befund beifügen -</p>	

* **Einschlusskriterien für die Patienten im Rahmen der besonderen / Integrierten Versorgung:** Diagnose: fortgeschrittenes / nicht kurativ behandelbares nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (Erstdiagnose oder therapie relevantes Rezidiv). Umsetzung der Therapieziele innerhalb der med. absehbaren Überlebenszeit zu erwarten. Krankenhaus / Facharzt ist ein Netzwerkpartner im nNGM und hat die Beitrittsvereinbarung unterzeichnet. Krankenkasse ist ein Vertragspartner im nNGM.

** Kosten für die molekularpathologische Diagnostik werden dem Anforderer in Rechnung gestellt.

Name, Vorname des Patienten: _____

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ behandelbar: ja nein

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: - Bitte die aktuellen Arztbriefe beifügen -

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte: stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie bitte zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Gebäude 5, E. 2B.007
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
Fax: 0221- 478- 1460207
E-Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!

Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung EGFR

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ist erfolgt ja nein

Falls ja, mit welchem EGFR-TKI: _____ (Bitte unbedingt angeben)

2. Progress unter der Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ja nein

3. Ist nach Feststellung des Progresses eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. – 3. ausgefüllt sind bzw. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen

Resistenztestung ALK

1. Therapie mit einem ALK-Inhibitor bei bekannter ALK-Translokation ist erfolgt ja nein

Falls ja, mit welchem ALK-TKI: _____ (Bitte unbedingt angeben)

2. Progress unter der Therapie mit einem ALK-Inhibitor bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Ist eine neue Therapie mit einem ALK-TKI nach Feststellung des Progresses erfolgt? ja nein

Falls ja, mit welchem ALK-TKI: _____ (Bitte unbedingt angeben)

4. Ist nach Feststellung des Progresses eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. - 4. ausgefüllt sind bzw. 1., 2. und 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen

Resistenztestung ROS1

1. Therapie mit einem ROS1-TKI bei bekannter ROS1-Translokation ist erfolgt ja nein

Falls ja, mit welchem ROS1-TKI: _____ (Bitte unbedingt angeben)

2. Progress unter der Therapie mit einem ROS1-Inhibitor bei bekannter ROS1-Translokation ja nein

3. Ist nach Feststellung des Progresses eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. – 3. ausgefüllt sind bzw. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Gebäude 5, E. 2B.007
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
E-Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,

leserlich!!



Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Ablauf der Diagnostik sowie die beteiligten Leistungserbringer im nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) wurde ich von meinem behandelnden Arzt ausreichend aufgeklärt.

Außerdem habe ich die „PATIENTENINFORMATION Molekularpathologische Diagnostik, überregionale Beratung und Forschung im nNGM“ erhalten, verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Meine nachstehende Einwilligungserklärung erfolgt selbstverständlich freiwillig.

Einwilligungserklärung

Teil 1a: Molekularpathologische Diagnostik im nNGM (Behandlungskontext)

1. Ich bestätige hiermit, dass mich mein behandelnder Arzt ausführlich und verständlich über die Inhalte und den Ablauf der molekularpathologischen Diagnostik im nNGM informiert hat.
2. Ich willige ein, dass meine Gewebeproben und krankheitsbezogenen Daten (darunter personenidentifizierende wie Name, Vorname, Geburtsdatum (IDAT) und medizinische Daten (MDAT)) an das beauftragte nNGM-Zentrum Köln zwecks molekularpathologischer Diagnostik übermittelt, dort - als Teil meiner lokalen Patientenakte- gespeichert und verarbeitet werden.
3. Mir ist bekannt, dass grundsätzlich die Möglichkeit besteht, dass die Diagnostik auch durch andere nNGM-Zentren in gegenseitiger Vertretung oder für Nachuntersuchungen durchgeführt werden kann. Hierfür dürfen meine Tumorproben und alle krankheitsbezogenen Daten (IDAT und MDAT) an die weiteren Labore des nNGM, unter Einhaltung gleicher Vorschriften im Umgang mit meinen Daten übermittelt, dort gespeichert und verarbeitet werden. In einem solchen Fall werde ich vorher durch meinen behandelnden Arzt informiert werden.
4. Sofern meine Krankenkasse keine Kooperationskasse des nNGM gem. §140a SGB V besondere Versorgung ist und mit ihr keine anderweitige vertragliche Beziehung oder Vereinbarung besteht, ermächtige ich das nNGM, vertreten durch die Uniklinik Köln, die Kosten der Diagnostik:
 - (a) in meinem Namen entsprechend §13 SGB X bei meiner Krankenkasse geltend zu machen; im Falle einer Ablehnung, Widerspruch zu leisten und alle hierfür notwendigen Rechtsmittel einzulegen;
 - (b) oder per Privatliquidationsrechnung an meine private Krankenkasse zu stellen. Im Falle einer Direktabrechnung mit meiner Krankenkasse, bei vollem Versicherungsumfang, trete ich von meinem Erstattungsanspruch zurück;
 - (c) oder mit dem anfordernden Arzt (bzw. Praxis/Krankenhaus) abzurechnen, falls diese/r kein nNGM-Netzwerkpartner ist oder mit ihm kein gesondertes Vertragsverhältnis besteht;
 - (d) oder mir persönlich in Rechnung zu stellen, sofern von mir explizit gewünscht und/oder kein gültiger Krankenversicherungsschutz in Deutschland besteht. Auskunft über die Höhe der Kosten in Form eines Kostenvoranschlags, erhalte ich unter der Rufnummer 0221 478 97444 im nNGM-Zentrum Köln.



Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Einwilligungserklärung

5. Ich entbinde das nNGM-Zentrum Köln von der Schweigepflicht in Bezug auf Ziffer 2-4 und ermächtige es gegenüber dem Kostenträger oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) alle abrechnungsrelevanten Fragen zu meiner Behandlung zu beantworten, Unterlagen zu übermitteln, Schriftwechsel zu führen und insoweit Auskunft (per Post/Telefon/Fax) zu erteilen.

6. Die Verarbeitung meiner Daten gemäß Ziffer 2-5 ist nur mit dieser Einwilligungserklärung und zum Zwecke der molekularpathologischen Diagnostik inklusive der Leistungsabrechnung rechtmäßig. Meine Rechte in Bezug auf die Verarbeitung meiner Daten hinsichtlich der DSGVO, so wie in der Patienteninformation beschrieben, sind mir bekannt.

7. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen gegenüber dem nNGM ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Der Widerruf ist schriftlich oder mündlich zu richten an:

Uniklinik Köln
nNGM-Geschäftsstelle
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Pflichtangabe für Teil 1 der Einwilligungserklärung

Bitte geben Sie an, ob Sie mit den Inhalten gemäß Ziffern 1-7 einverstanden sind:

Ja Nein

X _____ X _____ X _____
Datum **Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters (Vorsorgebevollmächtigten)** **Name des Patienten/ gesetzlichen Vertreters (Vorsorgebevollmächtigten) in Druckbuchstaben**

Aufklärender Arzt: Ich bestätige, dass für den vorgenannten Patienten die Diagnose C34 Lungenkrebs entsprechend der gesetzlichen Grundlage (RSAV) gesichert ist. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist, die Teilnahmevoraussetzungen im nNGM erfüllt und im Hinblick auf die Therapieziele von der Diagnostik profitieren kann.

X _____ X _____ X _____
Datum **Unterschrift des Arztes** **Name des Arztes in Druckbuchstaben oder Stempel**

Bitte auch den Teil 1b und 2 der Einwilligungserklärung ausfüllen



nNGM

Nationales Netzwerk
Genomische Medizin
LungenkrebsNetzwerk
Genomische Medizin
Lungenkrebs

Einwilligungserklärung

Teil 1b: Überregionale Beratung und Studiensuche im nNGM (Behandlungskontext)

Die Speicherung und Verarbeitung krankheitsbezogener Daten in den zentralen Netzwerkdatenbanken ist für die ärztliche Behandlung (Teil 1a) nicht zwingend erforderlich. Die Zustimmung erfolgt freiwillig.

1. Ich willige ein, dass meine krankheitsbezogenen Daten (darunter personenidentifizierende wie Name, Vorname, Geburtsdatum (IDAT) und medizinische Daten (MDAT)) während des gesamten Krankheitsverlaufs und darüber hinaus ergänzend zu Teil 1a meiner Einwilligungserklärung unter Einhaltung der geltenden Datenschutzrichtlinien zentral in der klinischen Netzwerkdatenbank in Köln (Uniklinik Köln // nNGM-Geschäftsstelle) und in weiteren Netzwerkdatenbanken in Heidelberg (Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Pseudonymisierung der IDAT) gespeichert und verarbeitet werden. Meine zentral erfassten Daten dürfen im Behandlungskontext durch die nNGM-Zentren und meine behandelnden Ärzte vollständig (soweit vorhanden) einsehbar sein.
2. Ich willige ein, dass zur Vervollständigung und Aktualisierung meiner zentralen nNGM-Patientenakte, meine Krankheitsverlaufsdaten im Rahmen des sog. Follow-Ups sowohl durch meinen behandelnden Arzt als auch die klinischen Dokumentare der nNGM-Zentren den zentralen Netzwerkdatenbanken fortlaufend zugeführt werden. Dabei handelt es sich u. a. um Daten aus den lokalen Krankenhaus- / Praxisinformationssystemen (Primärquellen) oder Krebsregistern, die manuell und/oder technisch automatisiert erfasst werden können.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die nNGM-Zentren und meine (Weiter-) Behandler innerhalb der zentralen klinischen Netzwerkdatenbank in Köln meine zum jeweiligen Diagnostik-/Behandlungszeitpunkt vorangegangenen Krankheitsverlaufsdaten (z.B. frühere Diagnostikergebnisse, Vortherapien) einsehen und ergänzen dürfen. Ich entbinde meine (Weiter-) Behandler von der Schweigepflicht für das nNGM Follow-Up.
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung zur zentralen Speicherung und Verarbeitung meiner krankheitsbezogenen Daten zur überregionalen Beratung oder Studiensuche im Behandlungsverlauf ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Dies geschieht stets unabhängig von der Durchführung der molekularpathologischen Diagnostik (Teil 1a). Der Widerruf gilt mit Wirkung für die Zukunft und ist schriftlich oder mündlich an die nNGM-Geschäftsstelle zu richten: Uniklinik Köln, nNGM-Geschäftsstelle, Kerpener Straße 62, 50937 Köln.



- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Einwilligungserklärung

Das Einverständnis gemäß Ziffern 1-3 gilt auch für die weiterbehandelnden Ärzte/Pathologen im Falle eines Behandler-Wechsels.

Pflichtangabe für Teil 1b der Einwilligungserklärung

Bitte geben Sie an, ob Sie mit den Inhalten gemäß Ziffern 1-3 einverstanden sind:

Ja

Nein

X _____
Datum

X _____
Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertre-
ters (Vorsorgebevollmächtigten)

X _____
Name des Patienten/ gesetzlichen Vertreters (Vor-
sorgebevollmächtigten) in Druckbuchstaben

Aufklärender Arzt: Ich bestätige, dass für den vorgenannten Patienten die Diagnose C34 Lungenkrebs entsprechend der gesetzlichen Grundlage (RSAV) gesichert ist. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist, die Teilnahmevoraussetzungen im nNGM erfüllt und im Hinblick auf die Therapieziele von der Diagnostik profitieren kann.

X _____
Datum

X _____
Unterschrift des Arztes

X _____
Name des Arztes in Druckbuchstaben oder Stempel



Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Einwilligungserklärung

Teil 2: Forschung im nNGM

Die Bereitstellung von medizinischen Daten und Resttumorproben zu Forschungszwecken ist für die ärztliche Behandlung (Teil 1a und ggf. Teil 1b) nicht zwingend erforderlich. Die Zustimmung erfolgt freiwillig.

1. Ich stimme der Weitergabe und Nutzung von Resttumorproben und meiner krankheitsbezogenen Daten in pseudonymisierter Form, also ausschließlich medizinische Daten (MDAT) ohne direkten Bezug zu meiner Person, unter Voraussetzung der zentralen Speicherung und Verarbeitung in den Netzwerkdatenbanken zu Forschungszwecken von den am nNGM beteiligten Zentren, deren Forschern, kooperierenden Partnern, ausländischen Kooperationspartnern, Partner aus der Industrie oder ggf. kooperierenden Krankenkassen im Rahmen der besonderen Versorgung §140a SGB V oder anderer Vereinbarungen im folgenden Ausmaß zu:

(1.1) ja, ich stimme der Weitergabe und Nutzung meiner krankheitsbezogenen Daten (MDAT) zu.

(1.2) ja, ich stimme der Weitergabe und Nutzung meiner krankheitsbezogenen Daten (MDAT) und Resttumorproben zu.

(1.3) nein, meine Daten und Resttumorproben dürfen nicht zu Forschungszwecken verwendet werden.

Falls Punkt (1.1) mit „Ja“ angekreuzt: Ich stimme der Weitergabe meiner krankheitsbezogenen Daten (MDAT) und, bei Einwilligung zu Punkt 1.2, Resttumorproben für Forschungszwecke in ein Drittland zu. Sollten meine Daten in ein Drittland übertragen werden, so wird durch vertragliche Mittel ein gesetzeskonformes Datenschutzniveau im Empfängerland sichergestellt.

ja nein

Falls Punkt 1 mit „Ja“ angekreuzt: Ich stimme der kommerziellen Nutzung meiner krankheitsbezogenen Daten (MDAT) und bei Einwilligung zu Punkt 1.2, Resttumorproben für Forschungszwecke zu.

ja nein

2. Falls Punkt 1.2 mit „Ja“ angekreuzt: Ich willige ein, dass meine Restgewebeproben, welche nicht mehr für die molekularpathologische Diagnostik gem. Teil 1a notwendig sind, vorbehaltlich eines Widerrufs im nNGM - nNGM-Zentrum Köln - verbleiben und von den am nNGM beteiligten Zentren, deren Forschern und kooperierenden Partnern für Forschungszwecke verwendet werden können. Mein (Primär-)Pathologe erhält meine Resttumorproben jederzeit zwecks eigener Nachuntersuchungen zurück. Falls meine Restgewebeproben nach der molekularpathologischen Diagnostik bereits an den (Primär-)Pathologen zurückgesendet wurden, dürfen sie auf Nachfrage des nNGM-Zentrums jederzeit nachgefordert werden, sofern sie nicht für weitere diagnostische Nachuntersuchungen meines (Primär-)Pathologen erforderlich sind oder bereits vollständig aufgebraucht wurden.

ja nein



- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Einwilligungserklärung

3. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten und/oder Restgewebeproben zu Forschungszwecken ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann unabhängig von meiner Teilnahme an der Behandlung im nNGM (Teil 1a und ggf. Teil 1b), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Der Widerruf gilt mit Wirkung für die Zukunft und ist schriftlich oder mündlich an die nNGM-Geschäftsstelle zu richten: Uniklinik Köln, nNGM-Geschäftsstelle, Kerpener Straße 62, 50937 Köln.

Pflichtfeld für Teil 2 der Einwilligungserklärung:

X _____ X _____ X _____
Datum **Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertre-** **Name des Patienten/ gesetzlichen Vertreters (Vor-**
ters (Vorsorgebevollmächtigten) **sorgebevollmächtigten) in Druckbuchstaben**

Aufklärender Arzt: Hiermit bestätige ich, dass ich den vorgenannten Patienten über die Ziele der wissenschaftlichen Forschung im nNGM aufgeklärt habe.

X _____ X _____ X _____
Datum **Unterschrift des Arztes** **Name des Arztes in Druckbuchstaben oder Stempel**



- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Einwilligungserklärung

Kontaktformular im Rahmen Ihrer Teilnahme an Teil 1b (überregionale Beratung /Studiensuche) und Teil 2 (Forschung) unter Voraussetzung der zentralen Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten im nNGM

Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde

- zum Zweck der Gewinnung weiterer Informationen über den Behandlungsverlauf (der Kontakt erfolgt über das nNGM-Zentrum Köln),

ja nein

- zum Zweck des Einschlusses in eine mögliche infrage kommende neue Studie (der Kontakt erfolgt über das nNGM-Zentrum Köln),

ja nein

- zum Zweck der Rückmeldung für mich wichtiger gesundheitsrelevanter Ergebnisse (Zufallsfunde).

ja, die Rückmeldung von Zufallsfunden erfolgt über meinen behandelnden Arzt

nein, ich nehme von meinem Recht auf Nichtwissen Gebrauch

Abkürzungsverzeichnis

nNGM	nationales Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs (nNGM)
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
IDAT	Personenidentifizierende Daten des Patienten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
MDAT	Medizinische Daten des Patienten
TMF	Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit nichtkleinzelligem und nicht kurativ behandelbarem Lungenkarzinom über die „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nationalen Netzwerk genomische Medizin (nNGM)“ gemäß § 140a SGB V

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
Belegverarbeitung
09099 Chemnitz



V82A

Einschreibung

Name, Vorname des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters des Versicherten (sofern vorhanden):

--

Institutskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Versorgung auf Grundlage des Vertrages zur besonderen Versorgung von Patienten mit nichtkleinzelligem und nicht kurativ behandelbarem Lungenkarzinom für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen (molekularpathologische Diagnostik der Tumorzellen auf sogenannte Treibermutationen zur Auswahl der individuellen und gezielten Therapie sowie Beratung meiner behandelnden Ärzte durch onkologische Spitzenzentren bzw. Netzwerkzentren) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages durch meinen behandelnden Arzt informiert worden. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

III. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die Evaluation dieser besonderen Versorgung

Ich bin darüber informiert, dass die von mir im Rahmen der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung erhobenen Daten mit meiner Zustimmung in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) gegebenenfalls für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist allerdings nicht von diesem Einverständnis abhängig. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß I. in Kenntnis der umseitig genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu III.: Ja, ich willige in die unter III. beschriebene Datenverarbeitung ein, dass meine Daten im Falle einer möglichen Evaluation pseudonymisiert verwendet werden dürfen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. **Nein**, ich willige nicht ein.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes/ der Institution (vom aufnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsvertrag „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nNGM“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

 Unterschrift

Stempel Institution/Arzt

I. Information Teilnahmebedingungen (Patienteninformation):

Mit der besonderen Versorgung über die „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nNGM“ wird mir eine besondere molekularpathologische Untersuchung meines Lungentumors durch die AOK PLUS sowie durch die beteiligten Ärzte und Netzwerkzentren des nNGM (Nationales Netzwerk Genomische Medizin), einem akademischen Forschungsverbund, angeboten.

Im Rahmen dieser sogenannten molekularpathologischen Diagnostik ist es möglich, bestimmte genetische Veränderungen (Mutationen) in den Tumorzellen nachzuweisen. Werden diese Mutationen nachgewiesen, können neuartige medikamentöse Therapien angewandt werden. Diese zeichnen sich durch häufig höhere Ansprechraten bei besserer Verträglichkeit und weniger Nebenwirkungen als unter der normalen Chemotherapie aus und sichern möglicherweise ein längeres Überleben. Die Erstberatung und Aufklärung erfolgt durch meinen behandelnden Arzt. Nach Übersendung des Biopsiematerials an eines der teilnehmenden onkologischen Netzwerkzentren und Durchführung der Untersuchung, werden die Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Therapieoptionen in einem Befund an den einschickenden Arzt kommuniziert. Dieser informiert mich.

Es steht mir frei, dem nNGM (Nationales Netzwerk Genomische Medizin) meine medizinischen Daten und überschüssiges Tumorprobenmaterial für Forschungszwecke und meine identifizierenden Daten zur Führung einer digitalen nNGM-Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Hierzu wird auf die gesonderte Patienteninformation des nNGM und die dazugehörige Einwilligungserklärung (Teil 2 betrifft Forschung und Datenspeicherung) verwiesen. Selbstverständlich kann ich auch ohne diese gesonderte Einwilligung an der besonderen Versorgung teilnehmen, insbesondere die molekularpathologische Diagnostik erhalten, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Versorgung und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 18. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. die besondere Versorgung eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages der besonderen Versorgung ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. der besonderen Versorgung, den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem jeweils behandelnden Versorgungspartner (Netzwerkzentrum, Netzwerkpartner) obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des oben genannten Versorgungsvertrages gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung) beginnt.
7. ich meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich oder elektronisch erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht in diese besondere Versorgung eingebunden ist.
 - mit dem Ende des oben genannten Versorgungsvertrages.
9. meine Patientendaten (Versorgungsdaten (identifizierenden Daten, medizinische Daten und Krankheitsverlaufsdaten), Abrechnungsdaten sowie Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung) in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch die nNGM-Zentren, deren Forscher und kooperierenden Partner verwendet werden können, sofern ich meine explizite Einwilligung dazu gegeben habe (Teil 2 der nNGM-Einwilligungserklärung).
10. die Vertragspartner gegebenenfalls eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen wollen. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.

Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 SGB V:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nNGM“:

Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)] durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüber hinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die darüber hinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den einschreibenden Arzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten (Patientendaten): Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen des Vertrages „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nNGM“ behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Versorgungsvertrag „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie im nNGM“ verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an die AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte bzw. in der beigefügten Anlage. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

III. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die Evaluation und Widerrufsmöglichkeit:

Ich willige ein, dass die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. wissenschaftliche Zwecke und gegebenenfalls für eine Evaluation verwendet werden, an einen Evaluator in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) weitergegeben und zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Vertrages von diesem genutzt werden können.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Evaluation dieser besonderen Versorgung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ab Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS werden keine ab diesem Zeitpunkt verarbeiteten Daten für die Evaluation verwendet. Mein Widerruf hat keine Auswirkungen bzw. nachteiligen Folgen auf meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte bzw. in der beigefügten Anlage. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis [§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden die AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderliche Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmungen des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarung sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU-DSGVO).

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

- Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
- Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
- Daten zum Versicherungsverhältnis
- Beitrags- und Zahlungsdaten
- Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsfähigkeitszeiten)
- Daten zur Pflegeperson
- Daten zum gesetzlichen Vertreter
- Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
- Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
- Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
- Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen)

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de,
<http://www.aok.de/plus/datenschutzrechte> - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden oder
datenschutz@plus.aok.de

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 1, 01067 Dresden