

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geboren am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Arztstempel

PhlebSecure-ID: _____

Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung zum Medscore- Vertrag

Mein behandelnder Arzt hat mich umfassend über Inhalte und Ziele des Medscore Vertrages aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann. Die Mitteilung über die Beendigung erfolgt formlos gegenüber meiner Krankenkasse.

Ja, ich möchte am Medscore Selektivvertrag teilnehmen.

Ich bestätige ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegeben und durch die Versicherungskarte ausgewiesenen Krankenkasse.

Ich erkläre mich einverstanden,

- mit der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Medscore- Vertrag erhobenen Behandlungsdaten durch die beteiligten Behandler und die beauftragte Stelle, Medscore Management GmbH, ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse.
- mit der Dokumentation meiner Behandlungsdaten durch die teilnehmenden Behandler sowie der Daten aus der Teilnahmeerklärung.
- mit der Erfassung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten aus dem Medscore- Vertrag zum Zwecke der Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Selektivvertrages durch meine Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle. Hieraus können sich Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Vertrages ergeben. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten dabei anonymisiert werden, um einen Rückschluss auf meine Person auszuschließen.

Ja, ich stimme der beschriebenen Datenerhebung, -Verarbeitung und -Nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Medscore Selektivvertrag zu und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Hierbei werden die bzgl. Datensicherheit geltenden Vorschriften, wie das Bundesdatenschutzgesetz und insbesondere die sozialrechtlichen Datenschutzvorschriften des Sozialgesetzbuches X, beachtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Medscore- Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten/in