

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

**Teilnahme-/Einwilligungserklärung**  
der Versicherten

**Anlage 3** des Vertrages  
**„AOK-Priomed Akne inversa“**

**Vertragsnummer: 2009**

**Vertragskennzeichen: 12046100171**

IK									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Arztwechsel**

**Teilnahmeerklärung**

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages „AOK-Priomed Akne inversa“ informiert. Die Versicherteninformation sowie die Versicherteninformation Datenschutz habe ich erhalten. Ich habe diese Informationen verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich erkläre gegenüber der AOK Hessen meine freiwillige Teilnahme am oben genannten Vertrag.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Teilnahmeerklärung im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt und die Teilnahmeerklärung an die Managementgesellschaft weiterleitet.

**Recht zum Widerruf der Teilnahmeerklärung**

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an dieser Versorgung ohne Begründung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Widerrufserklärungen zur Teilnahme kann ich richten an: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, APM-Fallmanagement, 35387 Gießen.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Mit meiner Teilnahme erkläre ich mich mit der Verarbeitung und Verwendung meiner Daten zur Evaluation der Besonderen Versorgung einverstanden. Ich bin über den Zweck der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieser Besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Ich wurde konkret informiert, wer meine Daten empfängt. Ich habe diese Informationen verstanden und willige ein, dass die zuständigen Vertragspartner meine Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung wie in der Versicherteninformation Datenschutz beschrieben verarbeiten.

**Recht zum Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung**

Mein Einverständnis kann ich ohne nachteilige Folgen für mich verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Widerrufserklärungen der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung kann ich richten an: LENICURA GmbH, Dwight-D.-Eisenhower-Straße 9, 65197 Wiesbaden

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).

**Evaluation:** Ja, ich bin mit der Erfassung und Auswertung meiner Daten zur Bewertung dieses Versorgungsprogramms, wie in der Versicherteninformation beschrieben, einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters  
(Der Betreuungsausweis oder eine Vollmacht liegt in Kopie bei)

---

Stempel Arzt

Unterschrift des Arztes

---