

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

## Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Versorgung und Datenverarbeitung „Optimal@NRW“

Bitte senden Sie das Original per Post an:  
 Universitätsklinikum Aachen AöR  
 Zentrum für klinische Akut- und Notfallmedizin  
 Studienteam Optimal@NRW  
 Pauwelsstraße 30  
 52074 Aachen

### Vertragskennzeichen:

TK, DAK-Gesundheit, BARMER,  
 AOK Rheinland/Hamburg:  
 IKK classic:

160382DA001  
 16038561002



### A. Erklärung zur Teilnahme an dem Modellvertrag gem. § 63 Abs. 1 i. v. m. Abs. 6, 64 SGB V für die Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr - Optimal@NRW

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformationen zur Teilnahme an dem Modellvertrag Optimal@NRW“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Ich bin an die Teilnahmeerklärung bis zum 31.03.2024 gebunden. Danach endet die Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.
- Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Versorgung beendet wird.
- Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Versorgung gebunden.

#### Widerrufsbelehrung

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.**

### B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die „Versicherteninformation zur Datenverarbeitung Optimal@NRW“ habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich entbinde die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.

Ich weiß, dass unabhängig von der Widerrufsmöglichkeit meine Teilnahme zum 31.03.2024 endet und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden. Eine Teilnahme an der Versorgung ohne die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist nicht möglich.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft elektronisch, schriftlich und zur Niederschrift widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

### C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Stempel/Unterschrift Arzt



## Versicherteninformation zur Teilnahme an der Versorgung

**Optimal@NRW** - Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr

Die TK, DAK-Gesundheit, IKK classic, BARMER und AOK Rheinland/Hamburg haben mit dem Universitätsklinikum Aachen (UKA) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einen Modellvertrag geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen und die Versorgung im Rahmen des Modellvertrages, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen – dies sind Ihre behandelnden niedergelassenen Haus- und Fachärzt/innen, Ärzt/innen im organisierten Notdienst sowie Teleärzt/innen und bei Bedarf speziell weitergebildete medizinische Fachangestellte (NäPa(Z)) im Universitätsklinikum Aachen.

### Verbesserte Versorgung

Gegenstand des Modellvertrages ist die Zusammenarbeit aller an der Akutversorgung beteiligten Leistungserbringer in einem telemedizinischen, intersektoralen Netzwerk. Ziel ist es, Ihre medizinische Akutversorgung

rund um die Uhr zu optimieren und nicht notwendige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und Ihnen ein Verbleiben in Ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen, soweit dies medizinisch sinnvoll erscheint. Gleichzeitig hat die Versorgung das Ziel, durch eine bessere Vernetzung der medizinischen Bereiche und den Einsatz von Tele-Sprechstunden Ihre medizinische Versorgung zu verbessern.

### Diese Leistungen können Sie erwarten

Durch Ihre Teilnahme an der Versorgung bieten wir Ihnen in Ihrer Pflegeeinrichtung

- im medizinischen Akutfall: Eine Tele-Sprechstunde mit dem Hausarzt, den Arzt im organisierten Notdienst oder dem Teleärzten der Notaufnahme an der Uniklinik RWTH Aachen
- bei Bedarf: aufsuchende Behandlung zur Versorgung mit weiteren medizinischen Maßnahmen durch medizinische Fachangestellte (NäPa(Z))

### Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind.

Die vorbezeichneten Leistungserbringer nehmen an dem Modellvertrag teil.

Diese Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte

Qualifikationsmerkmale erfüllen und die Behandlung entsprechend den aktuellen medizinischen Leitlinien erfolgt.

### **Wie Sie teilnehmen können**

Die Teilnahme an dem Modellvertrag ist für Sie freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Die Teilnahmeerklärung erhält die UKA, die Ihnen im Rahmen des Einschreibeprozesses, aber auch sonst jederzeit für Fragen etc. zur Verfügung steht. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung jederzeit nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung bis zum 31.03.2024 gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Versorgung beendet wird.

**Schriftlich oder elektronisch (Brief oder E-Mail) richten Sie Ihren Widerruf unter Angabe des Vertragskennzeichens an Ihre zuständige Krankenkasse:**

#### **TK**

Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München, elektronisch E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de) oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79

#### **DAK-Gesundheit**

Fachzentrum Ambulante Abrechnungen  
Balinger Str. 80  
72336 Balingen

#### **IKK classic**

**Besondere Versorgung**  
Albrecht-Thaer-Straße 36-38  
48147 Münster

#### **BARMER**

Scanzentrum  
73524 Schwäbisch Gmünd

#### **AOK Rheinland/Hamburg**

Bereich Gesundheitsmanagement  
Kasernenstraße 61  
40213 Düsseldorf

Den Widerruf können Sie auch zur Niederschrift bei Ihrer zuständigen Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic, BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) zur Niederschrift erklären.

#### **Bleiben Sie treu!**

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in den Modellvertrag eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann ihre zuständige Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic, BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) Sie auffordern, dies in

Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann ihre zuständige Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) Ihre Teilnahme beenden.

Zusätzlich kann ihre zuständige Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.



## Versicherteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Modellvertrages

**Optimal@NRW** - Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr

**Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der TK, DAK-Gesundheit, IKK classic, BARMER, AOK Rheinland/ Hamburg ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten**

### Teilnahmedaten

Bei Einschluss in den Modellvertrag werden Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung durch die Pflegeeinrichtung an die UKA geschickt. Die UKA bestätigt die Teilnahme und erstellt über die teilnehmenden Versicherten der Krankenkassen (DAK-Gesundheit, TK, IKK classic, BARMER oder AOK Rheinland/ Hamburg) ein Verzeichnis und stellt dieses der jeweils zuständigen Krankenkasse und der KV Nordrhein monatlich elektronisch zur Verfügung. Dort werden die Daten ggf. mit Rücksprache Ihrer Krankenkasse aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert. Die Teilnahmeerklärungen werden bei der UKA für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen – längstens für 10 Jahre – reversionssicher abgelegt und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an dem Modellvertrag teilnehmen. Dem UKA wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch

nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

### Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

**Die Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic, BARMER, AOK Rheinland/Hamburg) erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.**

Zur vorliegenden Versorgung ist es erforderlich, dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen der Versorgung abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.

### **Abrechnungsdaten**

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die zuständige Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) übersenden. Bei der zuständigen Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg) werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die beteiligten Leistungserbringer, die Krankenkassen (TK, DAK-Gesundheit, IKK classic BARMER oder AOK Rheinland/Hamburg), die Vertragspartner sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser Versorgung erforderlich und erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur

Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

### **Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung**

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die in den "Patienteninformationen zur Teilnahme genannten Adressen oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

### **Prüfung durch den Medizinischen Dienst**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch Ihre Krankenkasse veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiterzuleiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

**Datenlöschung bei der zuständigen  
Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK  
classic BARMER oder AOK  
Rheinland/Hamburg)**

Ihre bei der Krankenkasse verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten der Versorgung) werden bei der Ablehnung Ihrer Teilnahme, Ihrem Ausscheiden oder Ihrem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung von der Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

**Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung  
Ihrer Daten bei der zuständigen  
Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, IKK  
classic, BARMER oder AOK  
Rheinland/Hamburg)**

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die untenstehenden Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden:

**TK**

**Identität des Verantwortlichen**

Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

**Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

[www.tk.de](http://www.tk.de) unter der Suchnummer 2019572  
postalisch: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de)

**DAK-Gesundheit**

**Identität des Verantwortlichen**

DAK-Gesundheit - Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
E-Mail: [service@dak.de](mailto:service@dak.de)

**Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

**IKK classic**

**Identität des Verantwortlichen**

IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden  
E-Mail: [Vorstand@ikk-classic.de](mailto:Vorstand@ikk-classic.de)

**Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der IKK classic  
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden  
E-Mail: [datenschutz@ikk-classic.de](mailto:datenschutz@ikk-classic.de)

**BARMER**

**Identität des Verantwortlichen**

BARMER - Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal  
E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

**Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der Barmer  
Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal  
E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

**AOK Rheinland/Hamburg****Identität des Verantwortlichen**

AOK Rheinland/Hamburg – Körperschaft des  
öffentlichen Rechts  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf  
E-Mail: [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de)

**Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der AOK  
Rheinland/Hamburg  
Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf  
E-Mail: [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de)

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der Datenschutz-  
Grundverordnung (DSGVO) ist Ihre  
Krankenkasse für die Erhebung der Daten  
verantwortlich.

Beschwerden über Ihre Krankenkasse  
hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an  
die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde  
richten:

**Bundesbeauftragte für den Datenschutz  
und die Informationsfreiheit**

Graurheindorfer Straße 131  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

Für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg:

**Landesbeauftragten für Datenschutz und  
Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-  
Westfalen**

Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf,  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

**Hinweis**

Diese Information zur Datenverarbeitung bildet  
die Datenverarbeitung im Rahmen der  
Besonderen Versorgung mit den  
Krankenkassen ab. Über die weiterführende  
Datenverarbeitung bei den Leistungserbringern  
sowie aufgrund der notwendigen Evaluation  
werden Sie in einer gesonderten Information  
und Teilnahmeerklärung aufgeklärt.