

## **Anlage 7**

### **Teilnahmeerklärung der Patienten (CED-Vertrag)**

Zur besseren Lesbarkeit/Übersicht bleibt diese Seite frei.



Berufsverband Niedergelassener  
Gastroenterologen Deutschlands e.V.



Stempel der ärztlichen  
Einrichtung

**Patienteninformation, Teilnahme- und Einwilligungserklärung  
für die Datenverarbeitung, -übermittlung und -speicherung  
zur Qualitätssicherung, Abrechnung und Forschung  
bei chronisch entzündlicher Darmerkrankung  
(CED-Vertrag)**

Liebe Patientin, lieber Patient,

es freut uns, dass Sie sich für das Angebot "CED-Vertrag" Ihrer Krankenkasse interessieren.

Wir sind stets bestrebt, die Qualität der Behandlung für unsere Patientinnen und Patienten noch besser zu gestalten. Ihre Krankenkasse bietet Ihnen im Rahmen der Behandlung Ihrer Erkrankung eine besondere Versorgung an. Dafür haben wir mit Ihrer Krankenkasse eine vertragliche Regelung geschlossen. Diese erfordert besondere Qualifikationsvoraussetzungen des Arztes, damit die notwendigen Behandlungen auf hohem medizinischem und pharmazeutischem Niveau sichergestellt werden können. Sie erhalten eine qualitativ hochwertige Behandlung, die speziell auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Alle Leistungsinhalte bzw. vertraglichen Leistungen werden Ihnen im Arzt-Patienten-Gespräch verständlich und ausführlich erläutert. Weitere Informationen erhalten Sie auch von Ihrer Krankenkasse. Für Sie entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir Daten, die zur üblichen medizinischen Dokumentation gehören und dazu dienen, die Qualität der Therapie zu sichern. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die in der Arztpraxis dokumentierten medizinischen Daten.

Das TK-Abrechnungszentrum unterstützt uns bei der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse. Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten zum Zwecke der Abrechnung an das TK-Abrechnungszentrum und an die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen übermittelt werden.

Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt, so dass keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern. Weitere Informationen erhalten Sie auch bei Ihrer Krankenkasse.

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Datenverarbeitung, -übermittlung und -speicherung zur Qualitätssicherung, Abrechnung und Forschung bei chronisch entzündlicher Darmerkrankung (CED-Vertrag)

Ja, ich möchte an dem „CED-Vertrag“ meiner Krankenkasse teilnehmen.

Ich möchte gemäß dem mir von meinem behandelnden Arzt vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen des CED-Vertrages behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme von meinem Arzt aufgeklärt.

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und der Leistungsinhalte informiert. Mit der Behandlung bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen und pharmazeutischen Daten (Behandlungsdaten, z.B. Medikamentenverordnungen, Befallmuster, Verlaufsdaten und Daten zur Erstellung von Aktivitätsindices) dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt meine Daten aus der Dokumentation nutzt und zu Zwecken der Qualitätssicherung und Abrechnung pseudonymisiert an das TK-Abrechnungszentrum sowie die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen übermittelt. Die Daten werden ausschließlich pseudonymisiert weitergeleitet, so dass diese nicht meiner Person zuordenbar sind. Es wird ein Vergleich der pseudonymisierten Daten mit den Daten anderer Patienten aus anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Arztpraxen und Krankenkassen erfolgen, ohne dass ein Rückschluss auf den jeweiligen Patienten gegeben ist. Sofern sich allerdings durch den Vergleich der pseudonymisierten Daten etwas Relevantes für meine Behandlung ergibt, kann ausschließlich mein Arzt anhand der Pseudonymnummer die Daten aufschlüsseln, um mich zu kontaktieren und mit mir die Ergebnisse zu besprechen.

Zum Zwecke einer möglichen Forschungsarbeit werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt und ausschließlich die anonymisierten Daten verwendet.

Zugriff auf die übermittelten Daten haben nur Mitarbeiter der Qualitätssicherung bzw. im Rahmen einer Forschungsarbeit nur Mitarbeiter des jeweiligen Forschungsprojektes.

Keine dieser Personen kann auf Grund der Daten Rückschlüsse auf eine Person ziehen. Alle Personen sind zudem zur Verschwiegenheit verpflichtet. Weiterhin sind die Daten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und dem aktuellen Stand der Technik vor fremdem Zugriff geschützt. Alle Ergebnisse im Bereich der Forschung werden ohne Bezug zu Personen veröffentlicht; bei Veröffentlichungen (z.B. Artikel in Fachzeitschriften) werden nur anonymisierte Daten verwendet.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an meine Krankenkasse absende.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann ich jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende kündigen.

Zum Zwecke der Abrechnungsunterstützung werden die Daten (pseudonymisierte praxisindividualisierte Patienten-Nummer, Krankenkasse, medikamentöse Therapie, Verlaufsdaten, Befallmuster, Aktivitätsindices, dokumentierte Leistungen sowie Verordnungsdaten) an das TK-Abrechnungszentrum sowie an die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen übermittelt:

TK-Abrechnungszentrum  
Ruhrorter Straße 187  
47119 Duisburg

Mit der beschriebenen Datenverarbeitung, -übermittlung und -speicherung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Stempel und Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt