



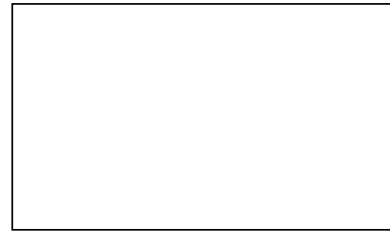
Vertragsarztstempel

— ↑ Versicherteninformation drucken! ↑ —

Erstdokumentation im Rahmen der AAPV

- Zu Beginn der Betreuung/Behandlung ist die Erstdokumentation durch den Haus-bzw. Facharzt (als behandelnder koordinierender Vertragsarzt) zu erstellen (§ 8 Abs. 2 des Vertrages).
- Bitte leiten Sie die Dokumentation spätestens mit der folgenden Quartalsabrechnung an die KV Nordrhein weiter.
- Bitte leiten Sie Dokumentation innerhalb von 3 Werktagen an den Koordinator Ihrer Versorgungsregion weiter.

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Allgemeine Angaben	
1.1	Aufnahme in die AAPV	__/__/20__ Datum der Aufnahme ☐ Erstaufnahme ☐ Wiederaufnahme
1.2	Hauptdiagnose(n), die zur Aufnahme in die AAPV geführt hat	-.--- --.--- -.--- <i>Angabe(n) als ICD-10-GM, Mehrfachnennung möglich</i>
1.3	Diagnose besteht seit (falls bekannt)	__/__/20__
1.4	Betreuungsort	☐ zu Hause ☐ Pflege-/ Seniorenheim ☐ Betreutes Wohnen ☐ Hospiz ☐ Kurzzeitpflege
1.5	Pflege erfolgt durch	☐ Angehörige ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ Pflege-/ Seniorenheim ☐ keine Unterstützung
1.6	Sind Vorausbestimmungen/Absprachen getroffen worden?	☐ Patientenverfügung ☐ Advanced Care planning ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Palliativ-Notfallausweis ☐ Betreuungsverfügung ☐ keine Absprachen
1.7	Wurde ein Score-Instrument zur Bewertung des palliativen Zustandes eingesetzt?	☐ Ja ☐ Nein
2	Angaben zum Behandlungsbedarf	
2.1	Geschätzte Lebenserwartung	☐ Tage ☐ Wochen (1-4) ☐ Monate (1-6) ☐ > 6 Monate
2.2	Prognostische Unsicherheit	☐ Prognose relativ sicher einschätzbar ☐ Prognose unsicher (z. B. bei nicht-onkologischen Erkrankungen)
2.3	Krankheitsverlauf	☐ Stabil ☐ Langsam progredient ☐ Rasch progredient ☐ Sterbephase
2.4	Schmerzintensität (NRS 0-10):	☐ 0-3 (keine/leicht) ☐ 4-6 (mittel) ☐ 7-10 (stark) ☐ Nicht erfassbar
2.5	Schmerztherapie	☐ nicht erforderlich Analgetika WHO –Stufen 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ☐ Co-Analgetika



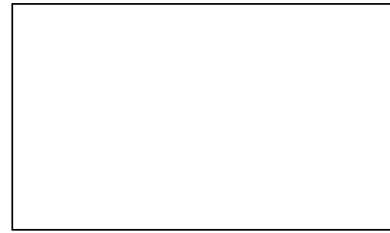
Vertragsarztstempel

— ↑ Versicherteninformation drucken! ↑ —

Zwischendokumentation im Rahmen der AAPV

- Bei einem Behandlungsverlauf, der länger als 6 Monate andauert, ist durch den betreuenden Haus- oder Facharzt alle 6 Monate eine Zwischendokumentation zu erstellen (§ 8 Abs. 2 des Vertrages).
- Bitte leiten Sie die Dokumentation spätestens mit der folgenden Quartalsabrechnung an die KV Nordrhein weiter.

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Allgemeine Angaben	
1.1	Nach der Indikationsstellung gemäß § 4 des Vertrages wurde die Lebenserwartung des teilnehmenden Versicherten auf wenige Tage, Wochen oder Monate geschätzt. Gründe, die für einen längeren Verbleib in der AAPV sprechen:	☐ Unerwartete Stabilisierung des Krankheitsverlaufs ☐ frühzeitige Integration war notwendig, weil _____ ☐ sonstiges _____
2	Angaben zum Behandlungsbedarf	
2.1	Geschätzte Lebenserwartung	☐ Tage ☐ Wochen (1-4) ☐ Monate (1-6) ☐ > 6 Monate
2.2	Prognostische Unsicherheit	☐ Prognose relativ sicher einschätzbar ☐ Prognose unsicher (z. B. bei nicht-onkologischen Erkrankungen)
2.3	Krankheitsverlauf	☐ Stabil ☐ Langsam progredient ☐ Rasch progredient ☐ Sterbephase



Vertragsarztstempel

— ↑ Versicherteninformation drucken! ↑ —

Abschlussdokumentation im Rahmen der AAPV

- Bei Ausscheiden aus der Betreuung ist die Abschlussdokumentation durch den Haus-bzw. Facharzt (als behandelnder koordinierender Vertragsarzt) zu erstellen (§ 8 Abs. 2 des Vertrages).
- Bitte leiten Sie die Dokumentation spätestens mit der folgenden Quartalsabrechnung an die KV Nordrhein weiter.
- Bitte leiten Sie Dokumentation innerhalb von 3 Werktagen an den Koordinator Ihrer Versorgungsregion weiter.

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Beendigung der AAPV-Versorgung	
1.1	Beendigung der AAPV-Versorgung	__. __. 20 __ Datum der Beendigung Grund der Beendigung: ☐ verstorben ☐ Überleitung in die SAPV-Vollversorgung ☐ Überleitung in Regelversorgung ☐ Versorgung vom Patienten nicht mehr gewünscht ☐ Wechsel des betreuenden Haus- Facharztes
1.2	Sterbedatum	__. __. 20 __ ☐ nicht bekannt
1.3	Sterbeort	☐ Zu Hause ☐ Betreutes Wohnen ☐ Pflege-/Seniorenheim ☐ Kurzzeitpflege ☐ Hospiz ☐ Palliativstation ☐ Krankenhaus (nicht Palliativstation) ☐ Sonstiges
1.4	Erfolgte der Sterbeprozess im Einklang mit vorliegender/ vorliegenden Vollmacht(en)/Verfügung(en)	☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Absprachen

Anlage 3c Abschlussdokumentation

2 Beteiligte in der AAPV-Versorgung		
2.1	QPA eingebunden	☐ Ja ☐ Nein
2.2	Weitere Akteure der AAPV-Versorgung	☐ Palliativpflegedienst ☐ Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste ☐ Ehrenamtliche ☐ SAPV-Team (für pflegerische Teilversorgung und Beratung) ☐ sonstige _____ ☐ Keine weiteren Beteiligten
2.3	Wurden Angehörige einbezogen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angehörigen
2.4	Wenn 2.3 mit ja beantwortet wurde, bitte auch 2.4-2.8 beantworten: Bestand eine Überforderung der Angehörigen?	☐ ja, ☐ nein
2.5	Wenn ja, welche Überforderung bestand (Mehrfachantworten möglich)	☐ medizinisch/pflegerisch ☐ organisatorisch ☐ psychisch ☐ sonstiges _____
2.6	Auf regionale Hilfsangebote hingewiesen? (psychotherapeutische oder psychosoziale und hospizliche Betreuungs- und Hilfsangebote)	☐ ja ☐ nein ☐ nicht vorhanden
2.7	Wenn ja, welche: (Mehrfachantworten möglich)	☐ Selbsthilfegruppe/Trauergruppe ☐ Entlastungshilfe ☐ Sozialberatung ☐ Seelsorge ☐ Sonstiges _____
2.8	Wenn nicht vorhanden, welche wären gewünscht gewesen? (Mehrfachantworten möglich)	☐ Selbsthilfegruppe/Trauergruppe ☐ Entlastungshilfe ☐ Sozialberatung ☐ Seelsorge ☐ Sonstiges _____

Anlage 6.1 Versicherteninformation

Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,
eine palliative Versorgungssituation ist für alle Betroffenen eine maximale Herausforderung. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, Sie und Ihre Angehörigen in dieser schweren Lebenssituation bestmöglich zu begleiten und zu unterstützen. Ihre Krankenkasse hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V zur Förderung einer qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) von schwerstkranken und sterbenden Menschen geschlossen. Wir möchten Sie vor Ihrer Entscheidung zur Teilnahme und vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung ausführlich über die Vertragsinhalte und die Datenverarbeitung informieren. Bitte lesen Sie diese Versicherteninformation sorgfältig durch. Wenn Sie Fragen zum detaillierten Inhalt dieser besonderen Versorgung oder dessen Ablauf haben, sprechen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt an.

1. Informationen zur Teilnahme und zum Behandlungsangebot

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie an der „Besondere Versorgung“ teilnehmen möchten. Sie oder Ihr Ehe-/Lebenspartner/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter erklären Ihre freiwillige Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber Ihrer Krankenkasse. Falls Sie das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung Ihres Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass nach Ihrer Teilnahmeerklärung ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zustande kommt.

Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Ihre Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Sie können Ihre Teilnahme innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder elektronisch gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie Ihre Teilnahme ordentlich oder außerordentlich in Textform oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse kündigen. Die außerordentliche Kündigungsmöglichkeit ist gegeben, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ablauf von 12 Monaten seit dem Einschreibzeitpunkt gegenüber meiner Krankenkasse kündigen.

Darüber hinaus endet Ihre Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag, mit der Beendigung des Vertrages oder bei einem Wechsel zu einer nicht an dem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse.

Allgemeine Ziele und Inhalte des Vertrages

Wenn eine Heilung Ihrer Erkrankung nicht mehr möglich ist, verändert sich der Fokus der medizinischen Begleitung. In dieser Phase stehen Sie als Mensch mit Ihren ganz persönlichen Bedürfnissen, Ihren Wünschen und Ihrer Lebensqualität im Mittelpunkt. Ihre Krankenkasse möchte gemeinsam mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt, der an der AAPV teilnimmt, sicherstellen, dass Sie auf diesem Weg verlässlich und ohne Brüche begleitet werden. Unser Ziel ist es, Ihre Schmerzen und andere belastende Beschwerden bestmöglich zu lindern und Ihnen die Voraussetzungen zu schaffen, die verbleibende Zeit gut umsort und selbstbestimmt zu verbringen – in Ihrem vertrauten Zuhause oder einer von Ihnen selbst gewählten Umgebung. Dafür arbeiten alle Beteiligten eng zusammen und stimmen jeden Schritt der Versorgung sorgfältig aufeinander ab.

Damit Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt Sie und Ihre Angehörigen in dieser Zeit bestmöglich begleiten kann, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ihre Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung (Erklärung) wird von Ihrem gewählten Arzt oder Ihrer gewählten Ärztin aufbewahrt. Diese/dieser übermittelt Ihre Daten zur Einschreibung (personenbezogene Daten und Einschreibe-/Leistungsdatum sowie Abschluss des Programms) an die KV Nordrhein zur Weiterleitung an Ihre Krankenkasse sowie an den Koordinator der jeweiligen Versorgungsregion. Die Teilnahmeerklärung kann jedoch bei Bedarf von Ihrer Krankenkasse bei der Arztpraxis angefordert werden. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der besonderen Versorgung, wenn Sie bei einer der am Vertrag beteiligten Krankenkassen versichert sind.

Abrechnung

Damit der/die von Ihnen gewählte Arzt oder Ärztin eine Leistungsvergütung erhält, muss die Arztpraxis eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hat die KV Nordrhein mit der Abrechnung gem. § 295a SGB V beauftragt. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg verschlüsselt über die KV Nordrhein an Ihre Krankenkasse übermittelt. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft. Auf Grundlage dessen zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an den Arzt oder die Ärztin.

Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Vorname und Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse;
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Gesundheitskarte, Kassenkennzeichen;
- Teilnahmedaten, Behandlungszeitraum, Behandlungsart, Diagnosen nach ICD 10 für jeden Behandlungstag mit Angabe des Datums
- Gebührenposition mit Betrag, Zuzahlungsbetrag, Zuzahlungskennzeichen, Rechnungsbetrag.

Die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verb. mit § 140a Abs. 5 SGB V erhoben, verarbeitet und zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung in anonymisierter Form von der Krankenkasse und der KV Nordrhein verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person vorgenommen werden. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

Ihre Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die Aktenvernichtung wird gemäß aktuell rechtlicher Bestimmungen durchgeführt. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben folgende Rechte:

- 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).
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO in Verb. mit § 81 SGB X besteht für Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Beschwerden richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in der Graurheindorfer Straße 153 in 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Kontaktangaben zu Ihrer Krankenkasse

Die Kontaktangaben Ihrer Krankenkassen finden Sie im Merkblatt Kontaktdaten, Anlage 6.3.

**Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Förderung
einer qualifizierten allgemeinen ambulanten
Palliativversorgung (AAPV) von
schwerstkranken und sterbenden Menschen
nach § 140a SGB V in Nordrhein**

(Vertragsnummer 121382TK032)

**Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur
Datenverarbeitung**

— ↑ Versicherteninformation drucken! ↑ —

Teilnahmeerklärung:

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass mir bekannt ist, dass ich für die Dauer der Behandlung im Rahmen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung an diesen Vertrag gebunden bin und verpflichte mich, für den Zeitraum der Teilnahme nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen;
- dass ich darüber informiert wurde, dass bei Inanspruchnahme eines nicht am Vertrag teilnehmenden Arztes, die Krankenkasse über die Beendigung der Teilnahme entscheiden kann;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt. Ich binde mich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Meine Teilnahme kann ich spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme außerordentlich kündigen (z. B. Wohnsitzwechsel);
- dass die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse (vgl. Merkblatt Kontaktdaten, Anlage 6.3) ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Diese Teilnahmeerklärung verbleibt beim teilnehmenden Arzt und wird datenschutzkonform archiviert. Der teilnehmende Arzt informiert den zuständigen Koordinator der Versorgungsregion und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) über meine Teilnahme, die wiederum diese Information an meine Krankenkasse weitergibt. Bei Bedarf kann meine Krankenkasse die Teilnahmeerklärung vom zuständigen Arzt anfordern. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KV Nordrhein. Die KV Nordrhein leitet diese Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse informiert die KV Nordrhein über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Darüber hinaus werden die genannten Daten innerhalb der Versorgungsregion zum Zwecke der gemeinsamen Versorgung ausgetauscht. Des Weiteren stimme ich entsprechend der erhaltenen Datenschutzinformation der anonymisierten Auswertung zu Evaluationszwecken zu. Die für diesen Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im Merkblatt Kontaktdaten, Anlage 6.3. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem Vertrag „AAPV Nordrhein“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Die Patienteninformation und die Datenschutzinformation habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Evaluationszwecke verarbeitet und die Ergebnisse in anonymisierter Form an meine Krankenkasse weitergegeben werden dürfen (Art. 4 Abs. 5 DSGVO).

				2	0		
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Ehepartners/Lebenspartner

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den AAPV-Vertrag gemäß § 140a SGB V in Nordrhein.

				2	0		
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Arztes / Vertragsarztstempel

Merkblatt Kontaktdaten

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Förderung einer qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) von schwerstkranken und sterbenden Menschen nach § 140a SGB V in Nordrhein
(Vertragsnummer 121382TK032)

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit:

Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.demail.de

Kontaktaten meiner Krankenkasse

Krankenkasse	Beratung	Widerruf	Verantwortlich gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung	Datenschutzbeauftragte/-r	Speicherdauer Sozialdaten
AOK Rheinland/Hamburg	Tel. 0211 87910	Schriftlich an AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Wanheimer Straße 72 40468 Düsseldorf Oder elektronisch an aok@rh.aok.de	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Wanheimer Straße 72 40468 Düsseldorf	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Datenschutzbeauftragte/Daten schutzbeauftragter Wanheimer Straße 72 40468 Düsseldorf E-Mail: datenschutz@rh.aok.de	Spätestens nach 10 Jahren
BARMER	Tel. 0202 568 333 1010 BARMER	Schriftlich an BARMER Scanzentrum 73524 Schwäbisch Gmünd Oder Online über Ihren persönlichen Mitgliedsbereich „Meine BARMER“	BARMER Axel-Springer-Straße 44 10969 Berlin E-Mail: service@barmer.de	BARMER Datenschutzbeauftragte Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal E-Mail: datenschutz@barmer.de	spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).
DAK-Gesundheit	Tel. 040 32532555 www.dak.de	DAK-Gesundheit Postzentrum 22777 Hamburg E-Mail: service@dak.de	DAK-Gesundheit Nagelsweg 27 - 31 20097 Hamburg	DAK-Gesundheit Beauftragter für den Datenschutz Nagelsweg 27 - 31 20097 Hamburg	Bis zu 10 Jahre

121382TK032 - Vertragsnummer

Krankenkasse	Beratung	Widerruf	Verantwortlich gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung	Datenschutzbeauftragte/-r	Speicherdauer Sozialdaten
	Servicezentrum vor Ort (Suche nach Ort oder Postleitzahl): Servicezentren			E-Mail: datenschutz@dak.de	
HEK - Hanseatische Krankenkasse	Oder über die DAK-App Tel. 0800 0213213 E-Mail: kontakt@hek.de www.hek.de	Schriftlich - Brief an HEK - Hanseatische Krankenkasse Abrechnungszentrum 22039 Hamburg Elektronisch E-Mail an abrechnungszentrum@hek.de Fax an 040 65696-1201	HEK - Hanseatische Krankenkasse Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg E-Mail: kontakt@hek.de	HEK - Hanseatische Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 E-Mail: datenschutz@hek.de	10 Jahre
hkk Krankenkasse	Tel. 0421 3655-0 hkk.de/kontaktformular	Schriftlich - Brief an hkk Krankenkasse 28185 Bremen Elektronisch - Kontaktformular hkk.de/kontaktformular	hkk Krankenkasse Martinstraße 26 28195 Bremen	hkk Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Martinstraße 26 28195 Bremen E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de	10 Jahre
IKK classic	Tel.: 0800 455 1111 www.ikk-classic.de Servicecenter vor Ort IKK Servicecenter	Schriftlich an IKK classic 04063 Leipzig Email: info@ikk-classic.de	IKK classic Tannenstr. 4b 01099 Dresden E-Mail: info@ikk-classic.de	IKK classic Datenschutzbeauftragte/r Tannenstr. 4b 01099 Dresden E-Mail: datenschutz@ikk-classic.de	bis zu 10 Jahre
Kaufmännische Krankenkasse – KKH	Tel. 0800 55 48 64 05 54 service@khh.de www.khh.de	Kaufmännische Krankenkasse – KKH, 30125 Hannover oder per E-Mail an service@khh.de	Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Hauptverwaltung, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover.	Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@khh.de	bis zu 10 Jahre
KNAPPSCHAFT	Tel. 08000 200 501 E-Mail: kontakt@meine.knappschaft.de huff.de Adresse: KNAPPSCHAFT	Adressen: KNAPPSCHAFT, 45095 Essen Oder	Büro des Datenschutzbeauftragten Knappschaftstraße 1 - Erweiterungsgebäude - Schacht 3 44799 Bochum	Büro des Datenschutzbeauftragten Knappschaftstraße 1 - Erweiterungsgebäude - Schacht 3 44799 Bochum	bis zu 10 Jahre

Krankenkasse	Beratung	Widerruf	Verantwortlich gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung	Datenschutzbeauftragte/-r	Speicherdauer Sozialdaten
	45095 Essen	KNAPPSCHAFT, Pieperstraße 14-28 44789 Bochum Internetseite: www.knappschaft.de/widersprueche		E-Mail: datenschutz@kbs.de	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	0561 785-0 www.svfg.de	Schriftlich an: SVLFG KK- Leistung 34105 Kassel E-Mail: KK-Leistung@svfg.de	SVLFG Weissensteinstraße 70-72 34131 Kassel www.svfg.de	SVLFG Datenschutzbeauftragte Frau Nicole Risch Weissensteinstr. 70-72 34131 Kassel E-Mail: Datenschutzbeauftragte_Pf@svfg.de	Gem. aktueller Rechtslage
Techniker Krankenkasse	Teil. 0800 - 285 85 85 www.tk.de	Schriftlich - Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung"; 85820 München. Elektronisch - E-Mail an service@tk.de oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79	Techniker Krankenkasse Bramfelder Straße 140 22305 Hamburg www.tk.de – Suchnummer 2019572 E-Mail: datenschutz@tk.de	6 Jahre	