

Einverständniserklärung des Versicherten

zur Weitergabe seiner Daten nach § 127 Abs. 7 SGB V

Name, Vorname Versicherte/r

KVNR oder Geburtsdatum

Krankenkasse

Hilfsmittel

Verordnungsdatum

Leistungserbringer (IK-Nummer Filiale):

Die Krankenkasse hat den gesetzlichen Auftrag, die Qualität der Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten zu überprüfen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Versicherten eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung erhalten und zudem die Beiträge der Solidargemeinschaft sach- und zielgerecht verwendet werden.

Damit die Krankenkasse diese Qualitätsprüfung für Ihre Hilfsmittelversorgung durchführen kann, benötigen wir einen Zugriff auf die vom Leistungserbringer für Ihren Versorgungsvorgang hinterlegten Daten. Damit können wir prüfen, ob die vertraglich geregelten Sach- und Dienstleistungspflichten vom Leistungserbringer eingehalten wurden.

Möchten Sie uns bei der Prüfung unserer Qualitätsrichtlinien unterstützen? Dann bestätigen Sie uns bitte mit Ihrer Unterschrift, dass der Leistungserbringer uns einen Einblick in diese Daten gewähren darf. Sofern Sie nicht einwilligen, hat das keine unmittelbaren negativen Folgen für Sie. Sollte sich nach erfolgter Unterschrift am Inhalt der Daten etwas ändern, ist diese Einwilligungserklärung nicht mehr gültig. Herzlichen Dank!

Hiermit bestätige ich, dass der Leistungserbringer berechtigt ist, meine Versorgungsdaten zum Zwecke der Qualitätsüberprüfung an die Krankenkasse weiterzugeben.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zum Zwecke der Qualitätsprüfung der Verträge nach § 284 Abs. 1 Nr. 16a SGB V. Die Krankenkasse speichert diese Daten für 6 Jahre und löscht sie anschließend.

Meine Einverständniserklärung gebe ich freiwillig ab. Ich kann sie jederzeit gegenüber der Krankenkasse für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung meiner Daten sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit habe. Die Daten werden nur für den vorgenannten Zweck erhoben und gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift
Versicherte/r

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)