

Einverständniserklärung

Die BKK VICTORIA-D.A.S. beabsichtigt, durch telefonische Betreuung und Begleitung von Atemwegserkrankten eine optimale Versorgung zu erreichen. In diesem Rahmen würden Sie – nur im Falle Ihres Einverständnisses – regelmäßig von in der Lungenheilkunde versierten Fachkräften angerufen; der Ablauf der Behandlung sowie die damit verbundenen Probleme würden mit Ihnen besprochen. Hierzu werden Daten der Krankenhausbehandlung und der Arzneimittelversorgung als Grundlage für die Beratung herangezogen, um mögliche Versorgungsprobleme zu beseitigen. Die Nutzung der Daten erfolgt im Auftrag der BKK VICTORIA-D.A.S. durch den Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Durch die Nutzung der Daten entstehen Ihnen keine Nachteile, im Gegenteil, die Versorgung kann besser auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden und Sie können gezielter unterstützt werden.

Die während der telefonischen Betreuung von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen zu Ihrer Krankheit, zur Art der Behandlung sowie zu einzelnen Befunden dienen ausschließlich dem Zwecke der Verbesserung der Versorgung und der Messung des Erfolges. Dazu werden sie für die Dauer der Betreuung gespeichert, verarbeitet und genutzt. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, die Fragen zu beantworten. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt, die Weitergabe an Dritte – auch innerhalb der BKK VICTORIA-D.A.S. – ist ausgeschlossen. Rücksprachen mit den behandelnden Ärzten bedürfen Ihrer vorherigen schriftlichen Zustimmung.

Ihre Teilnahme an dem Programm ist freiwillig. Weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme entstehen Ihnen Nachteile. Ihre Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen, dazu ist ein Telefonanruf ausreichend. Mit dem Widerruf der Zustimmung werden alle von Ihnen erhaltenen und gespeicherten Informationen anonymisiert, so dass kein Bezug mehr zu Ihrer Person oder einer anderen hergestellt werden kann.

Hiermit erkläre ich, dass ich nach Kenntnis der vorangegangenen Erläuterungen an dem Programm der BKK VICTORIA-D.A.S. zur telefonischen Betreuung teilnehmen möchte und mit der Datenverarbeitung einverstanden bin.

bitte tragen Sie hier Ihre Telefonnummer ein: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____