

## **Einverständniserklärung**

Die BKK VICTORIA-D.A.S. beabsichtigt, durch telefonische Betreuung und Begleitung von Diabetikern eine optimale Versorgung zu erreichen. In diesem Rahmen würden Sie – nur im Falle Ihres Einverständnisses – regelmäßig von diabetologisch 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 erkennen. Die Nutzung der Daten erfolgt im Auftrag der BKK VICTORIA-D.A.S. durch die MedicalContact AG. 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, zum Umgang mit der Ernährung und der entsprechenden Einnahme der Arzneimittel, zu Ihrer Lebensweise sowie den alltäglichen Problemen mit Ihrer Krankheit werden ausschließlich zum Zwecke der Verbesserung Ihrer persönlichen Situation und der Messung des Erfolges des Unterstützungsprogramms verwendet. Dazu werden sie für die Dauer der Betreuung gespeichert, verarbeitet und genutzt. Alle Angaben, die Sie machen, sind freiwillig und 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: \_\_\_\_\_