Erklärung zur Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zum Lp(a)-Self Sampling der BIG direkt gesund

1. Teilnahmeerklärung

Ich wurde über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, des Versorgungsablaufs sowie den Vertragspartner informiert. Außerdem habe ich die Versicherteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme ist freiwillig.
- Meine Teilnahme beginnt mit der elektronischen Unterzeichnung dieser Erklärung. Die elektronische Unterzeichnung erfolgt dabei durch das Anklicken des unterlegten Bedienbuttons „Mein kostenloses Test-Kit bestellen", der am Ende dieser Erklärung digital eingeblendet wird.
- Mir steht das Recht zu, meine Teilnahmeerklärung binnen 14 Tagen nach ihrer Abgabe entsprechend den Vorgaben der nachstehenden Widerrufsbelehrung zu widerrufen; sofern ich von der Möglichkeit der Einsendung des Lp(a)-Testkits zur laboranalytischen Bestimmung Gebrauch gemacht habe, bin ich nach Ablauf der Widerrufsfrist an die Teilnahmeerklärung gebunden, bis mir das Laborergebnis mitgeteilt wurde.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund (Brief an BIG direkt gesund, 44263 Dortmund, Hörder-Bach-Allee 1-3; oder E-Mail an info@big-direkt.de) ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG Direkt gesund. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

2. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Versicherteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Einwilligung zur Evaluation zur Qualitätssicherung
Ja, die Krankenkasse darf mich im Rahmen einer Versichertenbefragung über meine Erfahrungen mit dem Versorgungsprogramm befragen. Meine Teilnahme an dieser Evaluation ist freiwillig und hat keine Auswirkungen auf die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung. Die Evaluation dient der Weiterentwicklung des Angebots.

Ja ☐ Nein ☐

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund (Brief an BIG direkt gesund, 44263 Dortmund; oder E-Mail an info@big-direkt.de) widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein.