

## Anlage 1.2 Versicherteninformation zum Vertrag

### Versicherteninformation zum Vertrag zur besonderen Versorgung in der Dermatologie nach § 140a SGB V „DermAktiv“

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem besonderen Versorgungsvertrag DermAktiv teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser besonderen Versorgung informieren, die Sie vor einer Teilnahme wissen sollten:

#### **Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung**

Mit dem Angebot DermAktiv soll die Behandlung der Erkrankungen Plaque-Psoriasis, Psoriasis-Arthritis und atopischer Dermatitis entsprechend des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse verbessert werden. Schwerpunkt bei DermAktiv ist die besondere Betreuung und Beratung bezüglich Ihrer Arzneimitteltherapie durch Ihren Hautarzt. Außerdem sollen mit DermAktiv möglicherweise auftretende Begleiterkrankungen frühzeitig erkannt werden.

#### **Beginn und Ende der Teilnahme**

Ihre Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die freie Arztwahl wird durch diesen Vertrag nicht eingeschränkt. Ihre Teilnahme endet

- durch Widerruf Ihrer Teilnahmeerklärung;
- mit Ihrem Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung;
- wenn Sie aus wichtigem Grund kündigen, z. B. wegen gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis, Wohnortwechsel;
- bei einem Wechsel zu einem Hautarzt, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt;
- mit dem Abschluss Ihrer Behandlung;
- mit dem Ende Ihres Leistungsanspruches gegenüber Ihrer Krankenkasse;
- mit dem Ende des Vertrages „DermAktiv“.

#### **Rechte und Pflichten bei Teilnahme an diesem Vertrag**

Als Versicherte(r) Ihrer Krankenkasse können Sie an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, wenn Sie schriftlich Ihr Einverständnis zur Teilnahme auf der dafür vorgesehenen Teilnahmeerklärung geben, nachdem Sie zuvor umfassend über die Inhalte dieses Vertrages aufgeklärt wurden. Damit beginnt grundsätzlich Ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Ihr Arzt unterschreibt die Teilnahmeerklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Kopie aus.

#### **Mitwirkungspflichten sowie Folgen fehlender Mitwirkung**

Durch Ihre Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich, für die Dauer der Behandlung nach diesem Vertrag die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur bei den am Vertrag teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus dieser besonderen Versorgung durch Ihre Krankenkasse führen.

#### **Widerrufsrecht**

**Ihre Teilnahme an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der**

**Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

**Datenverarbeitung**

Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die Regelungen zum Datenschutz finden Sie in der separaten „**Versicherteninformation zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO**“, die Ihnen gemeinsam mit dieser Versicherteninformation zum Vertrag ausgehändigt wird.