

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte zur Datenverarbeitung



in Kooperation mit



### Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag über die besondere Versorgung gemäß § 140a Abs. 4a SGB V mittels digitalem Versorgungsangebot für Patient\*innen mit Adipositas – *Gro Health*

#### Hiermit erkläre ich,

- o dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte und Ziele der besonderen Versorgung von *Gro Health* informiert wurde, die Patient\*inneninformation zu *Gro Health* sowie die Patient\*inneninformation zum Datenschutz gelesen habe und mit den beschriebenen Inhalten einverstanden bin.

#### Mir ist bekannt,

- o dass die Nutzung von *Gro Health* nicht den Besuch bei der Ärztin oder beim Arzt sowie der Therapeutin oder dem Therapeuten ersetzt.
- o dass die Teilnahme an der besonderen Versorgung mit *Gro Health* freiwillig ist.
- o dass mit der Einschreibung eine Bindungsfrist von 12 Monaten verbunden ist und ich mich parallel in keinen anderen Vertrag mit gleichen Leistungen einschreiben darf. Bei einer einmaligen Verlängerung des Zugangs um weitere 12 Monate gilt selbiges.
- o dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meiner Einwilligungsrücknahme gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr vonnöten sind.
- o **dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Pronova BKK widerrufen kann. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die Pronova BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung schriftlich oder elektronisch, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Erläuterungen zum Widerruf habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**
- o dass ich nach Ablauf der Widerrufsfrist meine Teilnahme jederzeit aus wichtigem Grund schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Pronova BKK kündigen kann.
- o dass meine Teilnahme an der besonderen Versorgung endet:
  - o mit Eingang der gültigen Widerrufs- oder Kündigungserklärung bei der Pronova BKK,
  - o mit meinem Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung,
  - o mit Beendigung des vertraglichen Leistungszeitraumes, spätestens nach maximal 24 Monaten,
  - o mit Ende meiner Mitgliedschaft bei der Pronova BKK, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - o mit Beendigung dieses Vertrages,
  - o mit meinem Tod,
  - o mit dem Wechsel zu einem anderen Kostenträger,
  - o mit Wirksamwerden der Kündigungserklärung der Pronova BKK,

Mir ist außerdem bekannt, dass ich erst mit Abgabe meiner elektronischen Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten an der besonderen Versorgung mit der Firma DDM Deutschland GmbH durch Setzen des Häkchens in der Checkbox teilnehmen kann.