



AOK Niedersachsen · Postfach 31 09 · 30031 Hannover

«Anrede»

«Titel» «Vorname» «Nachname»

«Anschrift»

«PLZ» «Ort»

**AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen**

Gesundheitsmanagement ambulant
Unternehmensbereich Heilmittel
Niedersachsenstraße 10
49074 Osnabrück

Ansprechpartnerin
Heilmittelberatung
Tel.: 0800 265 67 11
Fax: 0511 285 3313529
Mail: Heilmittelberatung@nds.aok.de

Datum
26.06.2020

Montag, Dienstag, Freitag	09.00-17.00 Uhr
Mittwoch	09.00-13.00 Uhr
Donnerstag und nach Vereinbarung	09.00-18.00 Uhr

Zeichen

«Arztnummer»

Trendmeldung Nr. 1-2020

Unser Service für Sie: Individuelle Heilmittelberatung jetzt auch telefonisch!

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Ausbruch von SARS-CoV-2 hat uns alle vor verschiedenste Herausforderungen gestellt und sicherlich auch Ihren Praxisalltag verändert.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die AOK Niedersachsen unterstützen Sie auch weiterhin – neben wichtigen Informationen rund um das Thema Heilmittel – mit individuellen Beratungen zu einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Wenn Sie eine Beratung wünschen, senden Sie die beigefügte Teilnahme- und Datenschutzerklärung ausgefüllt an Ihre KVN-Bezirksstelle oder an die AOKN zurück. Die Gespräche können momentan telefonisch oder als Web- / Videokonferenz einfach und problemlos aus Ihrer Praxis oder von zu Hause erfolgen. Die AOKN stellt Ihnen vorab eine detaillierte Übersicht Ihrer Verordnungsdaten als Gesprächsgrundlage zur Verfügung.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie einfach an.

KVN-Bezirksstelle: «**Telefon_KVN**»

Heilmittelberater der AOK Niedersachsen: **0800 2656711**

Mit freundlichen Grüßen Ihre

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

AOK – Die Gesundheitskasse für
Niedersachsen

**Erklärung zur Teilnahme
am Informationsangebot zur Heilmittelzielvereinbarung für das Jahr 2020
und Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung**

von

[Herr / Frau, Titel, Vorname, Name]

[Name der Praxis]

[Straße, Hausnummer]

[PLZ, Ort]

[Betriebsstättennummer (BSNR)]

[Arztnummer (LANR)]

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (AOKN) bieten gemeinsam als Maßnahme zur Unterstützung der Einhaltung des vereinbarten Ausgabevolumens für das Jahr 2020 eine Information nach § 6 Abs. 3 Heilmittelzielvereinbarung an, die insbesondere die Darstellung der Verordnungsanteile für Heilmittel im jeweiligen Anwendungsgebiet zwecks Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise praxisbezogen beinhaltet.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich freiwillig an diesem Beratungsangebot teilnehme und jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden kann.
- mir bekannt ist, auch einzelne Themenkomplexe aus dem Beratungsangebot jederzeit ohne Angabe von Gründen ausschließen zu können.
- ich durch die KVN und die AOKN über die Inhalte, Ziele und Prozesse dieses Beratungsangebots persönlich, ausführlich und umfassend informiert wurde. Hierüber bin ich schriftlich mit Einladungsschreiben informiert worden.

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an diesem Beratungsangebot teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung §§ 67a und 67b SGB X

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die AOKN die Daten der von mir für AOK-Versicherte verordneten Heilmittel auswerten und in einer im Hinblick auf Patienten anonymisierten Form darstellen darf, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Heilmittelverordnungen zu informieren. Ich erkläre mich weiter mit der Übermittlung dieser Auswertung auf Basis meiner Betriebsstättennummer durch die AOKN an die KVN einverstanden.

Ich erkläre, dass ich mit der Speicherung meiner obigen Angaben einverstanden bin.

Meine im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt freiwillig. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs aufgrund meiner Einwilligung rechtmäßig ist. Meine Widerrufserklärung kann ich an die untenstehende Adresse richten.

[Ort, Datum]

[Stempel / Unterschrift Beitretender]

Hinweis:

Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachlich tätigen Vertragsarztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.

[Ort, Datum]

[Stempel / Unterschrift gesetzlicher Vertreter des