

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung - bei Behandlungsbeginn -

nach § 7 Abs. 2 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V

Behandelnde Hebamme:

Angaben zum/r Patienten/in:

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Hebamme

- Beginn und Beendigung meiner Substitutionsbehandlung gem. § 7 Abs. 2 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) mit meinem Namen und meiner Anschrift der Kassenärztlichen Vereinigung und meiner Krankenkasse mitteilt und dass
- die Daten zum Zweck der Verhinderung von Mehrfachsubstitution und zur Vermeidung einer erneuten, nicht indizierten Aufnahme einer Substitutionsbehandlung nach erfolgtem Abbruch aufgrund § 8 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) gespeichert, genutzt und ggf. an weitere Ärzte, die eine Substitutionsbehandlung bei mir durchführen, über-mittelt werden.

Für diese Maßnahme entbinde ich die mich behandelnde Hebamme von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei den oben genannten Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei den oben genannten Stellen gelöscht.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und

- erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung.**
- verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.**

Unterschrift des Patienten :