

Name der Krankenkasse	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Stand 25. Mai 2018

## Teilnahme- / Datenfreigabeerklärung

zur besonderen zahnärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V

### Ihren Zähnen zuliebe

more Mojo GmbH, Kaistraße 16, 40221 Düsseldorf

( ) nur Kieferorthopädische Behandlung

#### Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Besonderen zahn (ärztlichen) Versorgung nach § 73c SGB V, dem Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe, teilnehmen möchte.
- ich über Art und Umfang des Zahngesundheits-Programms aufgeklärt wurde.
- ich für die Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Programm nur Zahnärzte aus dem Netzwerk von Ihren Zähnen zuliebe aufsuche. Diese sind auf der Webseite [www.ihren-zahnen-zuliebe.de](http://www.ihren-zahnen-zuliebe.de) abschließend aufgeführt.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dem Vertrag endet

- mit der Beendigung des Vertrages.
- mit dem Ende meiner Mitgliedschaft bei der Krankenkasse.
- bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse.
- durch eine außerordentliche Kündigung, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Zahnarzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen am Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

#### Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe erhobenen (zahn) ärztlichen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Zudem habe ich eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung erhalten.
- meine Daten für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht werden, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerrufsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).

Ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme am Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe ist.

#### Widerrufsrecht

Meine / unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich / können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief oder Fax) oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Stempel Zahnarzt	Datum	Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

## **Patienteninformation**

zur besonderen zahnärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V

### **Ihren Zähnen zuliebe**

more Mojo GmbH, Kaistraße 16, 40221 Düsseldorf

Patienteninformation zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz

## **1. Allgemeines**

Ihre Krankenkasse hat mit der Managementgesellschaft more Mojo GmbH, die das Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe betreibt, einen Vertrag zur Besonderen zahnärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V geschlossen. In diesen Vertrag können sich die Versicherten der Krankenkasse eintragen und bei Zahnärzten aus dem angeschlossenen Netzwerk zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.

### **Ziele des Vertrages:**

- Reduzierung der Zuzahlungen von Patienten bei deren zahnärztliche Versorgung.
- Vereinfachung der zahnärztlichen Abrechnung durch Festpreise und Pauschalen.
- Verschlinkung der Vertragsumsetzung durch die Digitalisierung der Prozesse.

### **Inhalte des Vertrages:**

- Patienten erhalten Vorzugspreise für die Zuzahlungen bei zahnärztlichen Behandlungen, wie z. B.
  - der Zahnvorsorge (Professionelle Zahnreinigung, Kinderprophylaxe-Programm),
  - beim Zahnerhalt (Kunststofffüllungen),
  - beim Zahnersatz (Kronen, Brücken, Teleskop-Prothesen) und
  - bei Implantationen (Implantat setzen, Knochenaufbau, Sinus-Lift).
  - (ggf. Kieferorthopädie)
- Das komplette Zahngesundheits-Programm wird von der Einschreibung des Patienten, über die Leistungserbringung bis hin zur Leistungsbezahlung komplett digital abgewickelt.
- Über die Zahn-Gesundheitsakte können Patienten online oder mobil ihre zahngesundheitliche Versorgung verwalten. Das Benutzerkonto ist passwortgeschützt und steht nach der Einschreibung auf der Webseite [www.ihren-zahnen-zuliebe.de](http://www.ihren-zahnen-zuliebe.de) den Patienten zur Verfügung.

Der genaue Leistungsinhalt bezieht sich auf den jeweils aktuellen Umfang der von der Krankenkasse vereinbarten Leistungen.

## **2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?**

### **a. Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung**

Ihre Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung wird durch den von Ihnen gewählten Zahnarzt entgegengenommen und in das onlinebasierte EDV-System des Zahngesundheits-Programms eingepflegt, um es den an der Abwicklung mitwirkenden Beteiligten (Zahnarzt, Managementgesellschaft Ihren Zähnen zuliebe, Ihre Krankenkasse) und Ihnen in der Zahn-Gesundheitsakte zur Verfügung zu stellen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus diesem Vertrag nur von Zahnärzten in Anspruch zu nehmen, die am Zahngesundheits-Programm teilnehmen und auf der Webseite [www.ihren-zahnen-zuliebe.de](http://www.ihren-zahnen-zuliebe.de) abschließend aufgelistet sind. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von zahnärztlichen Notfalldiensten oder Zahnärzten im Notfall.

### **b. Widerrufsrecht / Kündigung**

**Die Teilnahme am Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z. B. Brief oder Fax) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt zur Fristwahrung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus dem Zahngesundheits-Programm Ihren Zähnen zuliebe können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.**

## **Patienteninformation**

zur besonderen zahnärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V

### **Ihren Zähnen zuliebe**

more Mojo GmbH, Kaistraße 16, 40221 Düsseldorf

Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist außerordentlich jederzeit gegenüber der Krankenkasse schriftlich gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Zahnarzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

#### **c. Leistungserstellung und Abrechnung, Datenaustausch**

Damit die Ziele und Inhalte des Zahngesundheits-Programms erreicht und erfüllt werden, werden zwischen den Beteiligten (Zahnarzt, Managementgesellschaft, Krankenkasse) Ihre (zahn)medizinischen personenbezogenen Behandlungs- und Abrechnungsdaten ausgetauscht. Dieser digitale Informationsaustausch erfolgt unter anderem für die Erstellung von Angeboten für zahnmedizinische Leistungen, Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz, Genehmigungen Ihrer Krankenkasse, Rechnungen für Sie, Festzuschussberechnungen und -auszahlungen Ihrer Krankenkasse. Das Leistungsgeschehen selbst wird über die Webseite [www.ihren-zaehnen-zuliebe.de](http://www.ihren-zaehnen-zuliebe.de) abgewickelt. Alle Beteiligten und Sie haben hierzu einen passwortgeschützten Zugang, über den alle das Leistungsgeschehen verwalten.

Im Rahmen der Leistungserbringung werden unter den Beteiligten die folgenden Patientendaten ausgetauscht:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten.
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Kassenkennzeichen.
- Behandlungsinhalt und -verlauf, Zeitpunkte der Leistungsbeantragung, -genehmigung und -erbringung.

Die beteiligten Leistungserbringer (Zahnärzte) gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X), bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten, der auch die Managementgesellschaft Ihren Zähnen zuliebe unterliegt.

Im Rahmen des Zahngesundheits-Programms werden von den Beteiligten unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen Daten erhoben, verarbeitet oder sonst genutzt. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter mit diesen Vorgängen betraut sind, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden.

#### **d. Information**

Sollten Sie Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung haben, können Sie sich für weitere Auskünfte an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden.

Die entsprechenden Kontaktdaten können Sie über Links auf der Webseite der Managementgesellschaft more Mojo GmbH, [www.ihren-zaehnen-zuliebe.de](http://www.ihren-zaehnen-zuliebe.de), einsehen oder telefonisch unter 0211 – 23 92 98 – 23 erfragen.

### **3. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Sie können Ihre Einwilligung in die Speicherung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Den Widerruf erklären Sie schriftlich per Fax oder per Post gegenüber Ihrer Krankenkasse. Auf gleichem Wege können Sie eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Durch Widerruf Ihrer Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung scheiden Sie aus dem Programm aus.