

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Herodikos



Original verbleibt beim Arzt

1. Kopie zur Weiterleitung innerhalb von 5 Tagen per

Fax 030 - 259 386 14 99 oder

Datei-Upload unter herodikos.de/plus-upload

2. Kopie für Versicherten

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Besondere Versorgung über das Versorgungsangebot „Herodikos plus“

Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über das Versorgungsangebot nach diesem Vertrag (durch meine/n behandelnde/n Ärztin / Arzt) informiert und über die beteiligten Leistungserbringer informiert wurde.
- dass ich die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung, zum Versorgungsprogramm sowie zum Datenschutz und der DSGVO (Anlage 3.1) gelesen und verstanden habe. Mit den darin beschriebenen Inhalten bin ich einverstanden.
- dass ich mich verpflichte, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.

Mir ist bekannt, dass

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist, grundsätzlich mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und die Teilnahme für bis zu 12 Monate, längstens bis zum ärztlichen Abschlussgespräch, bindend ist.
- dass ich im Rahmen meiner Teilnahme bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer und Herodikos gebunden bin.
- dass ich meine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis) jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann.
- dass meine Teilnahme in jedem Fall automatisch endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der Mobil Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung zwischen der Mobil Krankenkasse und Herodikos endet.
- dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform (ggf. auch per E-Mail), frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die Mobil Krankenkasse.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in dem mir übergebenen Datenschutzmerkblatt beschrieben wurde. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Ich erkläre hiermit, dass ich das Merkblatt mit der Versicherteninformation zum Datenschutz und zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten habe und ich mit den darin beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Statistische Auswertung zur Qualitätssicherung

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität dieses Versorgungsangebots soll das Versorgungsprogramm statistisch ausgewertet werden. Zu diesem Zweck werden Ihr(e) ungefährender Altersbereich, Krankenkasse, Diagnose, Zeitdauer der Teilnahme, genutzte Module im Versorgungsprogramm, Schmerzniveau, Anzahl der Trainings in der Herodikos-App und ermittelte Scores in den zur Entscheidungsunterstützung verwendeten Fragebögen verarbeitet. Dabei wird sichergestellt, dass diese Daten nur in aggregierter, anonymisierter Form durch Herodikos an Ihre Krankenkasse im Rahmen einer Auswertung bereitgestellt werden, d.h. dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen Versorgung teilnehmen und bin mit der vorgesehenen Datenverarbeitung einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis freiwillig erkläre und ich die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der besonderen Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Versicherteninformation zur besondere Versorgung über das ärztlich verordnete und physiotherapeutisch begleitete, App-gestützte Versorgungsangebot „Herodikos plus“

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Ihre Krankenkasse hat mit der Herodikos GmbH einen Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über eine ärztlich verordnete und physiotherapeutisch begleitete, App-gestützte Bewegungstherapie mit der Herodikos App (Versorgungsangebot „Herodikos Plus“) geschlossen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse, an diesem besonderen Versorgungsprogramm und informieren Sie gerne hiermit über dessen Leistungen.

Zielsetzung und Inhalte dieser besonderen Versorgung

Durch die Teilnahme an „Herodikos plus“ erhalten Sie nach einer ärztlichen Beratung Zugang zu einer physiotherapeutischen Begleitung und zur Bewegungstherapie-App „Herodikos“ für Rücken-, Nacken-, Knie-, Schulter- und/oder Hüftprobleme. Durch „Herodikos Plus“ soll mit einer individualisierten und digital gestützten Trainingstherapie mit Hilfe von Eigenübungen Ihr Selbstmanagement und Ihre Eigenverantwortung gestärkt und die Versorgung für Sie erlebbar verbessert werden.

Wenn Ihr Arzt der Überzeugung ist, dass Sie von Herodikos Plus profitieren können, wird er Sie über das Angebot aufklären und Ihnen dieses Versorgungsangebot anbieten. Alternativ haben Sie ihre Eignung zur Teilnahme am Programm durch ein digitales Assessment nachgewiesen. **Eine Teilnahme geschieht nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis.**

Herodikos plus dient der Erstellung individueller Bewegungstherapiepläne bei verschiedenen Erkrankungen und Verletzungen auf orthopädischem Fachgebiet und stellt Ihnen diese bereit. Der begleitende Physiotherapeut wird die Übungen gemeinsam mit Ihnen telemedizinisch zusammenstellen sowie bei Bedarf Module austauschen oder einbauen. Zur Nutzung durch Sie übergibt der Physiotherapeut Ihnen einen individuellen Trainingscode, den Sie in der Herodikos-App erfassen.

Sie können die Herodikos-App als Webanwendung nutzen oder die App im App Store oder bei Google Play herunterladen und dann Ihren persönlichen Trainingsplan auf dem Smartphone, Tablet oder Computer aufrufen, sofort nach Eingabe des Trainings-Codes mit dem Training beginnen und werden automatisch daran erinnert. Eine Beraterfunktion ermöglicht es Ihrem begleitenden Physiotherapeuten, Ihre Trainingshäufigkeit sowie Ihren Schmerzverlauf einzusehen und Sie zu unterstützen oder Ihren Trainingsplan anzupassen.

Das Versorgungsprogramm „Herodikos plus“ läuft drei bis sechs Monate und bietet Ihnen zusätzlich weitere sechs Monate eigenverantwortliches Training mit der Herodikos-App. Dieses Versorgungsprogramm bietet für Sie:

- Eine individuelle, moderne und flexible Therapieform
- Die Einbindung Ihres Arztes im Rahmen der Diagnostik und einer Abschlussuntersuchung
- Regelmäßige, etwa zweimal pro Monat stattfindende telemedizinische Begleitung durch einen durch Herodikos bereitgestellten Physiotherapeuten
- Ein selbstbestimmtes Handeln, Unterweisung und Kontrolle über die eigenen Daten
- Den frühzeitigen Einsatz der durch medizinische Leitlinien empfohlenen Bewegungstherapie
- Eine perspektivische Schmerzlinderung und Vermeidung von operativen Eingriffen
- Die Motivation zu einer gesünderen Lebensweise

Die medizinische Diagnostik und Beratung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich durch Ihren betreuenden Arzt.

Ansprechpartner der Herodikos GmbH für alle Fragen zur Herodikos App stehen Ihnen im Rahmen Ihrer regelmäßigen Begleitsitzungen mit Ihrem Physiotherapeuten, innerhalb der Servicezeiten werktags von Montag bis Freitag von 09:00-18:00 Uhr unter www.herodikos.de/kontakt oder über die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme innerhalb der Herodikos App zur Verfügung.

Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Teilnahme ist Ihr schriftlich oder online erteiltes Einverständnis zu der dafür vorgesehenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung, nachdem zuvor Ihr einschreibender Arzt Ihre Teilnahmevoraussetzungen geprüft hat und Sie durch ihn umfassend über die Inhalte dieses Vertrages aufgeklärt wurden. Mit Unterzeichnung der / Zustimmung zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt Ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Sie erhalten ein Exemplar.

Versicherteninformation zum Datenschutz & zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit dieser Versicherteninformation und den nachstehenden Ausführungen sollen Sie bereits vor Abgabe Ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung „Herodikos Plus“ nach § 140a Sozialgesetzbuch fünf (SGB V) informiert werden. Im Folgenden wird diese Datenverarbeitung dargestellt und Sie erhalten zusätzliche Informationen zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ihre Versicherten- und Gesundheitsdaten sind umfassend gesetzlich geschützt, insbesondere durch Datenschutzgesetze auf Bund- und Länderebene und durch besondere Vorschriften des Sozialgesetzbuchs. Darüber hinaus gilt für das Patienten-Arzt-Verhältnis die ärztliche Schweigepflicht, auch für Mitarbeiter in den Arztpraxen.

Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

1. Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ihre unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung verbleibt bei dem am Vertrag teilnehmenden und von Ihnen gewählten Arzt bzw. wird durch die Herodikos GmbH bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum gespeichert. Die Herodikos GmbH bzw. deren Abrechnungszentrum stellt diese datenschutzgerecht Ihrer Krankenkasse zur Verfügung. Sie erhalten zudem eine Kopie für Ihre Unterlagen.

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen daran Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach der internationalen Kodierung ICD 10) sowie anonymisierte, aggregierte Daten zu Ihrem Trainings- und Schmerzverlauf und sonstige Fragebögen zum Behandlungserfolg.

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) bzw. Vertragserfüllung (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b. DSGVO) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen – die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist, falls Sie diese Einwilligung nicht geben wollen.

Datenverarbeitung zur Dokumentation medizinischer Daten / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle Beteiligten gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Qualitätssicherung

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität dieses Versorgungsangebots soll das Versorgungsprogramm statistisch ausgewertet werden. Zu diesem Zweck werden Ihre Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie Ihr(e) ungefähre Altersbereich, Krankenkasse, Diagnose, Zeitdauer der Teilnahme, genutzte Module im Versorgungsprogramm, Schmerzniveau, Anzahl der Trainings in der Herodikos-App und ermittelte Scores in den zur Entscheidungsunterstützung verwendeten Fragebögen benötigt. Dabei ist sichergestellt, dass diese Daten nur in aggregierter, anonymisierter Form durch Herodikos an Ihre Krankenkasse im Rahmen einer Auswertung bereitgestellt werden, d.h. es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

2. Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss von ihm eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt Ihr Arzt entsprechend der Sozialdatenschutzbestimmungen seine/Ihre Daten auf elektronischem Weg an die Herodikos GmbH bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend auf elektronischem Weg über eine Kopfstelle (BITMARCK Service GmbH) an Ihre Krankenkasse weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten vergütet Ihre Krankenkasse an die Herodikos GmbH bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum. Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Vorname, Nachname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus, behandelnder Arzt, Kassenkennzeichen, Unfallkennzeichen, Abrechnungsziffern, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Gebührennummer, sowie Diagnosen nach ICD 10.

Damit die Herodikos GmbH eine Vergütung für die zur Verfügung gestellte Herodikos App erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Aus den Daten Ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung werden die Abrechnungsdaten erstellt und für die Abrechnung durch Herodikos bzw. den beauftragten Abrechnungsdienstleister CONVEMA elektronisch verschlüsselt und über eine Kopfstelle (BITMARCK Service GmbH) an Ihre Krankenkasse weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an die Herodikos GmbH bzw. den beauftragten Abrechnungsdienstleister. Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden für die Abrechnung übermittelt: Vorname, Nachname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und sowie Vertragsdaten.

3. Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Krankenkasse

Bei Ihrer Krankenkasse werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen angenommen und verarbeitet. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

4. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ihre Versicherten- und Gesundheitsdaten sind umfassend gesetzlich geschützt, insbesondere durch Datenschutzgesetze auf Bund- und Länderebene und durch besondere Vorschriften des Sozialgesetzbuchs. Darüber hinaus gilt für das Patienten-Arzt-Verhältnis die ärztliche Schweigepflicht, auch für Mitarbeiter in den Praxen und für sonstige berufsmäßig mitwirkende Personen.

Nach Art. 13 und 14 DSGVO ist Ihr Arzt/Leistungserbringer verpflichtet, Sie über die Datenverarbeitung im Rahmen dieses Vertrages zu informieren.

Information zu Ihren Datenschutzrechten

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X): Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X): Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.
- Das Recht auf Löschung der Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X): Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen.
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X): Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten.
- Das Recht auf Mitteilung (Art. 19 DSGVO)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit, sofern technisch möglich (Art. 20 DSGVO): Sie haben das Recht, die Daten, die Sie auf Grundlage Ihrer Einwilligung bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und – soweit technisch machbar – an einen anderen Verantwortlichen übertragen zu lassen. Dieses Recht gilt nur für automatisiert verarbeitete Daten. Im Rahmen wissenschaftlicher Forschung kann dieses Recht eingeschränkt sein, wenn die Umsetzung die Forschung erheblich beeinträchtigen würde.:
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X): Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.
- Bei Datenverarbeitung aufgrund der Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Der Arzt ist für die Datenverarbeitung in seiner Arztpraxis verantwortlich. Für die Versorgung und Abrechnung im Rahmen dieses Vertrages erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Herodikos GmbH bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum. Herodikos stellt hierzu ihre Datenschutzerklärung bereit, welche Sie unter <https://www.herodikos.de/datenschutz> finden. Vor Beginn Ihrer Behandlung ist es erforderlich, dass Sie dieser Datenschutzerklärung zustimmen.

Die Herodikos GmbH ist für die Datenverarbeitung der Herodikos GmbH bzw. in der Herodikos App verantwortlich. Für die Teilnahme und Abrechnung im Rahmen dieses Vertrages erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Herodikos GmbH.

Bei Fragen und/oder Beschwerden bezüglich der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Herodikos GmbH wenden:

Herodikos GmbH c/o Zukunft.unternehmen GmbH, August-Hanken-Str. 24, 26125 Oldenburg, E-Mail: privacy@herodikos.de

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über die Herodikos GmbH bzw. das beauftragte Abrechnungszentrum richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde:

Der/Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag (§ 140a SGB V) sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben a), f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO und § 295 und

§ 295a SGB V sowie § 284 SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Nach Ablauf gesetzlicher Aufbewahrungsfristen (u. a. § 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) werden Ihre Daten datenschutzgerecht spätestens nach 10 Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben.

D. h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.

Bei Fragen oder für Auskünfte zu dieser Besonderen Versorgung und zu der personenbezogenen Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme und Abrechnung sowie für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die zuständigen Ansprechpartner bei Ihrer zuständigen Krankenkasse wenden:

Mobil Krankenkasse, Hühnerposten 2, 20097 Hamburg, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de

Mobil Krankenkasse, Datenschutzbeauftragte/r, Hafenstraße 8 a, 29223 Celle, E-Mail: Datenschutz@mobil-krankenkasse.de

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über Ihre Krankenkasse richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde:

Der/Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Dies führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.