

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

## Anlage 6b



### Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten

Für die Besondere Versorgung von Versicherten zur Sicherung der Fertilität bei geplanter Krebstherapie nach dem Vertrag gemäß § 140a SGB V „BKK Kinderwunsch“

\_\_\_\_\_ (Name/Stempel des Zentrums)

#### Teilnahme

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach dem Programm „BKK Kinderwunsch“ ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Eine Teilnahme ist bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres möglich.

Ich verpflichte mich für die Dauer der Teilnahme ausschließlich mein gewähltes Zentrum für Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen. Ein Zentrumswechsel zu einem anderen teilnehmenden Zentrum oder eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. bei einem Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Der Zentrumswechsel ist dabei der Betriebskrankenkasse schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift anzuzeigen. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch Sie schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Betriebskrankenkasse mit Wirkung für die Zukunft zum Quartalsende möglich.

Die Teilnahme an dem Programm „BKK Kinderwunsch“ kann nur bei einem teilnehmenden Zentrum für Reproduktionsmedizin erfolgen.

**Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Programm kann ich innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.**

Die Teilnahme kann durch die Betriebskrankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Verstoß gegen die Arztbindung) außerordentlich beendet werden.

Ihre Teilnahme an dem Vertrag kann außerdem beendet werden:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Betriebskrankenkasse,
- mit vollständiger Leistungserbringung (Kryokonservierung zur Sicherung der Fertilität),
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Rahmenvertrags,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden Zentrums für Reproduktionsmedizin.

#### Einverständniserklärung

Ich bin über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünsche eine Teilnahme.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Ich erkläre, dass ich bei der angegebenen Krankenkasse versichert bin und einen Wechsel mitteile und bei Änderung des Versichertenverhältnisses mein behandelndes Zentrum informiere.

**Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte/r