

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.
ZD/P – Schriftwechsel
56058 Koblenz

Service-Nr.

Teilnahmeerklärung für das Versorgungsprogramm „ProMed Diabetes“

Hinweis: Für die Teilnahme ist es erforderlich, diese Anmeldung in leserlichen Druckbuchstaben vollständig auszufüllen und unterschreiben (s. Rückseite) an die Debeka zurückzusenden.

Programm-informationen	Die Teilnahme am telefonischen Versorgungsprogramm „ProMed Diabetes“ ist für Sie freiwillig und kostenlos. Die Betreuung übernimmt die Thieme TeleCare GmbH (im Folgenden: Thieme TeleCare) – ein Kooperationspartner des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. (im Folgenden: Debeka). Die Debeka zahlt die Kosten für Ihre Teilnahme direkt an den Kooperationspartner. Für die Teilnahme ist es erforderlich, diese Anmeldung mit den unten stehenden Einwilligungserklärungen unterschrieben und mit vollständig ausgefüllten Teilnehmerdaten an die Debeka zurückzusenden. Die Teilnahme an dem Programm ersetzt nicht die ärztliche Versorgung. Auch die Prüfung der Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach durch die Debeka bleibt davon unberührt. Sollten Sie Ihre Teilnahme an dem Programm beenden wollen, können Sie dies jederzeit gegenüber der Debeka oder Thieme TeleCare äußern. Die Debeka ist berechtigt, bei einer Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei fehlender Mitwirkung die Programtteilnahme zu beenden.					
Teilnehmerdaten	Name und Adresse					
	Geschlecht					
	Servicenummer					
	Geburtsdatum					
	Telefonnummer (Pflichtfeld)					
	Telefonische Erreichbarkeit für ein Erstgespräch	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag zwischen <input type="checkbox"/> 8-12 Uhr <input type="checkbox"/> 12-14 Uhr <input type="checkbox"/> 14-18 Uhr <input type="checkbox"/> 18-20 Uhr				
	E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)					
Weiterer Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> Thieme TeleCare darf mich für eine Terminabsprache per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren. <input type="checkbox"/> Die Debeka darf mir nach Beendigung des Programms einen Zufriedenheitsfragebogen per unverschlüsselter E-Mail zusenden. <input type="checkbox"/> Die Debeka darf anhand meiner oben aufgeführten Teilnehmerdaten meine bei der Debeka gespeicherten Adressdaten prüfen und ggf. aktualisieren.					

Einwilligung, Schweigepflichtent- bindungserklärung, Direktabrechnung und Widerrufsbelehrung	<p>Hiermit stimme ich zu, dass die Debeka meine oben angegebenen personenbezogenen Daten (Teilnehmerdaten) sowie den Namen des Versorgungsprogramms zum Zweck der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm ProMed Diabetes an Thieme TeleCare übermittelt und entbinde diesbezüglich die Debeka und ihre Mitarbeiter des Gesundheitsmanagements von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Ich willige ein, dass Thieme TeleCare diese Teilnehmerdaten sowie weitere personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die während der Betreuung erhoben werden und zur Durchführung des Programms notwendig sind, verarbeitet. Ich bin einverstanden, dass Thieme TeleCare personenbezogene Daten zu Koordinations- und Abrechnungszwecken im Zusammenhang mit dem Versorgungsprogramm an die Debeka übermittelt und entbinde – soweit erforderlich – Thieme TeleCare und ihre Mitarbeiter diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Thieme TeleCare die Kosten für die Teilnahme direkt mit der Debeka abrechnet.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und meine Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – formlos gegenüber dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., 56058 Koblenz oder Thieme TeleCare widerrufen kann. Damit verbunden ist gleichzeitig die Beendigung meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm ProMed Diabetes.</p> <p>Nähere Informationen zur Datenverarbeitung bei der Debeka können unter www.debeka.de/datenschutz eingesehen werden. Informationen zur Tätigkeit von Thieme TeleCare sowie deren datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie unter www.thieme.de/de/thieme-gruppe/Datenschutzerklärung-ThiemeTeleCare-DE.htm.</p>
---	--

X Datum	X Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
---	--