

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

## Einwilligungserklärung des Versicherten

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten **Originalbeleg** unverzüglich per Post an die nebenstehende Adresse!

**MEDCOM  
ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74a  
50968 Köln**

### Teilnahme

Mein Hausarzt nimmt an einer Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung teil.

Ich erkläre mich damit einverstanden, die von meinem Hausarzt angebotene private hausärztliche telemedizinische Versorgung zu nutzen.

### Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die private hausärztliche telemedizinische Versorgung

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung durch die TAG TeleArzt GmbH und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

1. die von mir unterzeichnete Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung von meinem Hausarzt an die MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74a, 50968 Köln übermittelt wird und meine Daten von dieser Stelle erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
2. die Feststellungen der Tele-VERAH zu meinem Gesundheits- und Krankheitszustand von dieser auch elektronisch an meinen behandelnden Hausarzt mitgeteilt werden, der diese Daten dann zu Behandlungszwecken nutzt.
3. mein behandelnder Hausarzt die folgenden personenbezogenen Daten zur Durchführung und Abrechnung des Vertrages zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung an die MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74a, 50968 Köln übermittelt und insofern von seiner Schweigepflicht befreit ist: Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Behandlungstag, ICD-10-Diagnose, Vor- und Nachnamen des Arztes sowie die erbrachten Einzelleistungen. Die MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74a, 50968 Köln wird diese Daten nur zum Zwecke der Durchführung der Dienstleistung und Aufbewahrung im Rahmen der erforderlichen und gesetzlich vorgegebenen Fristen speichern und anschließend löschen.
4. meine Daten beim Ausscheiden aus dem Vertrag unverzüglich gelöscht werden, sofern sie nicht zur Durchführung / Abrechnung erforderlich sind bzw. aufgrund gesetzlicher Anforderungen aufzubewahren sind.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, -nutzung und -weitergabe jederzeit in Textform gegenüber meiner Privaten Krankenversicherung widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Vereinbarung ist dann nicht mehr möglich.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

(Arztstempel)