Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

Beitrittserklärung

Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

Titel, Vor- und Familienname

Vertragspartnernummer

☐ 01 – Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
☐ 07 – Fachärztin/-arzt für Innere Medizin

Straße, Hausnummer (Ordination)

PLZ, Ort (Ordination)	Politischer Bezirk (Ordination)

Telefonnummer (Ordination)	E-Mail (sofern Informationen per E-Mail erwünscht)

Therapie Aktiv ist ein freiwilliges Betreuungsprogramm für Typ-2-DiabetikerInnen zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität in Österreich.
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sowie Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten mit diesen Fachrichtungen haben die Möglichkeit zur Teilnahme, sofern die notwendigen Strukturkriterien sowie die erforderlichen Aus- und Fortbildungen vorliegen. Die Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen der/s Ärztin/Arztes für die Tätigkeit als Therapie Aktiv Ärztin/Arzt. Sie leitet die Beitrittserklärung mit Ihrer Stellungnahme an die Therapie Aktiv Administrationsstelle des jeweiligen Bundeslandes (Österreichische Gesundheitskasse) weiter.

Nachweis Strukturkriterien

☐ Ich habe die Basisschulung Therapie Aktiv am _____ (Datum) in _____ (Ort) absolviert und beabsichtige die Direktverrechnung von Leistungen im Rahmen des Programms Therapie Aktiv lt. Projektvereinbarung.

☐ Ich werde im Sinne der Erfüllung der Strukturkriterien (personelle Voraussetzungen) jeweils zwei Stunden diabetesspezifische Fortbildung pro Jahr in den auf die Basisschulung folgenden drei Jahren absolvieren.

☐ Alle MitarbeiterInnen, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung und sind, wenn sie die Geräte bedienen, auf deren Anwendung geschult. Die MitarbeiterInnen haben klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Die fachliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen wird von der Ärztin bzw. dem Arzt gefördert.

☐ Die Grundausstattung zur allgemein-medizinischen bzw. fachspezifisch-medizinischen Versorgung ist entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden:

- Blutzuckermessung – Trockenchemie
- Möglichkeit zur venösen Blutabnahme
- Blutdruckmessung
- Reflexhammer, Monofilament, Stimmgabel
- Oberarmmanschette für adipöse PatientInnen
- Personenwaage (bis 180 kg), Messlatte, Maßband
- Harnstreifen Mikroalbumintest

☐ Folgende Arzneimittel sind jedenfalls vorrätig:

- Kochsalzlösung
- Glukoselösung 10%
- Schnellwirksames Insulin

☐ Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden.

☐ Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätebücher auf. Allfällige gesetzliche Vorgaben werden eingehalten und vorgeschriebene Überprüfungen finden vorschriftsmäßig statt. Geräte für physikalische Messgrößen sind nach Möglichkeit geeicht.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Zusammenhang mit meinem Beitritt zum Programm Therapie Aktiv erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir in der Beitrittserklärung angegebenen Daten zum Zwecke der Organisation, Durchführung und Abwicklung des Programms, der zielgruppenorientierten Information über das Programm, der Korrespondenz in Angelegenheiten des Programms sowie der Erstellung von Statistiken durch die Österreichische Gesundheitskasse verarbeitet werden.
Darüber hinaus willige ich ein, dass – im Falle einer Aufnahme in das Programm – bestimmte bereitgestellte Daten (Name, Anschrift der Ordination, Bezirk und Kontaktdaten) an am Programm Interessierte bzw. am Programm teilnehmende PatientInnen weitergegeben werden.

Beendigung der Programmteilnahme
Die Programmteilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Österreichische Gesundheitskasse, Klara-Pölt-Weg 2, A-6020 Innsbruck, Tel.-Nr. +43 5 0766-181686, E-Mail: office@therapie-aktiv.at) beendet werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Beitrittserklärung bis zur Abmeldung erfolgten Datenverarbeitung berührt wird.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken
Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die nachfolgenden Felder bitte frei.

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass – im Falle der Aufnahme in das Programm – Name, Anschrift, Bezirk und Telefonnummer der Arztordination auf der Website www.therapie-aktiv.at zur Information an Therapie Aktiv Interessierte sowie zur Kontaktaufnahme durch ProgrammteilnehmerInnen veröffentlicht werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an office@therapie-aktiv.at widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

☐ Ich möchte in regelmäßigen Abständen per E-Mail über die Umsetzung des Programms im Bundesland informiert werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an office@therapie-aktiv.at widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich am Programm Therapie Aktiv teilnehmen möchte und ich alle Strukturkriterien erfülle. Weiters willige ich – im Falle einer Aufnahme in das Programm – ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den angeführten Zwecken ein.

.....
Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Ordinationsstempel

Informationen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Programm Therapie Aktiv

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Die ÖGK (Administrationsstelle Therapie Aktiv, Klara-Pölt-Weg 2, A-6020 Innsbruck, E-Mail: office@therapie-aktiv.at; Datenschutzbeauftragter: dsb@oegk.at) als Verantwortliche verarbeitet ausschließlich die personenbezogenen Daten, welche Sie uns in Ihrer Beitrittserklärung zum Programm Therapie Aktiv bereitstellen. Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz.
Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen einer Einwilligung gemäß den in der Beitrittserklärung festgelegten Zwecken und im darin vereinbarten Umfang. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
Die in der Beitrittserklärung angegebenen Daten sind für die Teilnahme am Programm erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen erhoben. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind am Programm Therapie Aktiv teilzunehmen bzw. Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung der erforderlichen Daten ist eine Teilnahme am Programm Therapie Aktiv jedoch nicht möglich.
Bestimmte bereitgestellte Daten (Name, Anschrift der Ordination, Bezirk und Kontaktdaten) werden – im Falle einer Aufnahme in das Programm – an am Programm Interessierte bzw. am Programm teilnehmende PatientInnen weitergegeben.
Die von Ihnen in der Beitrittserklärung bereitgestellten Daten werden bis zum Widerruf der Einwilligung bzw. bis zur Beendigung der Teilnahme am Programm Therapie Aktiv sowie darüber hinaus gemäß den für die Sozialversicherung einschlägigen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, welche sich ua aus der Datenschutzverordnung für die gesetzliche Sozialversicherung ergeben, verarbeitet.
Sie haben jederzeit ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer gespeicherten Daten, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß den Voraussetzungen des Datenschutzrechtes. Beschwerden können Sie an die Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, richten.