

## Teilnahme – und Einwilligungserklärung

Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

.....  
Titel, Vor- und Zuname des Versicherten

.....  
Sozialversicherungsnummer

.....  
Sozialversicherungsträger

.....  
Anschrift (Straße / PLZ / Ort)

Therapie Aktiv ist ein freiwilliges Betreuungsprogramm für Typ-2-DiabetikerInnen zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität in Österreich. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei ein besonderes Anliegen. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind am Programm teilzunehmen bzw. Ihre Daten für die nachfolgenden Zwecke bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung sämtlicher benötigter Daten ist eine Teilnahme am Programm jedoch nicht möglich.

### Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Zusammenhang mit der Teilnahme am Programm bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass die in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bereitgestellten Daten und die durch meinen behandelnden Arzt erhobenen Risikodaten (*Blindheit (ja/nein), Augenuntersuchung in den letzten 12 Monaten (ja/nein), Raucher (ja/nein), Body-Mass-Index >26 (ja/nein), Blutdruck >140/90 (ja/nein), Jahr der Diabeteschulung*) an die zuständige Therapie Aktiv Administrationsstelle (Gebietskrankenkasse meines Bundeslandes) weitergeleitet werden. Die Daten werden von der Therapie Aktiv Administrationsstelle aufgrund meiner Einwilligung für die Zwecke der gezielten Information über Diabetes mellitus, der Organisation, Durchführung und Abwicklung des Programms sowie der Erstellung von Statistiken verarbeitet.

Ich bin weiters damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt mindestens einmal im Jahr über meinen Teilnahmestatus samt Name, Sozialversicherungsnummer und Sozialversicherungsträger informiert wird.

### Beendigung/Widerruf der Programmteilnahme bzw. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich kann die Programmteilnahme bzw. die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meinem Arzt oder bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Kärntner Gebietskrankenkasse, Kempfstraße 8, A-9021 Klagenfurt, Tel.-Nr. 050 5855-5002, E-Mail: [kaernten@therapie-aktiv.at](mailto:kaernten@therapie-aktiv.at)) beenden/widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bis zur Abmeldung/bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung berührt wird.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich am Programm Therapie Aktiv teilnehmen möchte. In diesem Zusammenhang willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den angeführten Zwecken ein.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

### Vom Arzt auszufüllen:

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Wiedereinschreibung

.....  
Titel, Vor- und Zuname des Arztes, Vertragspartnernummer

.....  
Anschrift

.....  
Datum, Unterschrift des Arztes, Ordinationsstempel

Die KGKK (Kempferstraße 8, A-9021 Klagenfurt, Datenschutzbeauftragter: [dsb@kgkk.at](mailto:dsb@kgkk.at)) verarbeitet ausschließlich die angeführten und die von Ihrem behandelnden Therapie Aktiv Arzt übermittelten personenbezogenen Daten. Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter [www.kgkk.at/datenschutz](http://www.kgkk.at/datenschutz). 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.