

Teilnahme – und Einwilligungserklärung
Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

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

.....
Sozialversicherungsnummer

.....
Sozialversicherungsträger

.....
Anschrift (Straße / PLZ / Ort)

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 Daten (Personal- u. Gesundheitsdaten lt. Dokublatt; z.B. Blutdruck, BMI, etc.) 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 (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, A-4020 Linz, Tel.-Nr. 05 7807-102074, Fax Nr. 05 7807 – 66112074, E-Mail: leonie.benda@oegkk.at) beenden/widerrufen.

Ich möchte aktiv am Programm Therapie Aktiv teilnehmen und werde gemeinsam mit meinem Arzt Therapieziele (z.B. mehr Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchstopp, verbesserte Blutdruck- und Laborwerte, Gewichtsreduktion) vereinbaren und mich nach diesen Zielen richten.

Ich willige 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 OÖGKK (Gruberstraße 77, A-4020 Linz, Datenschutzbeauftragter: dsb@oegkk.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.oegkk.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.