

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



## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der beigetretenen Krankenkasse zum Vertrag nach §140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung onkologischer Patienten mittels mpMRT der Prostata

### 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung von Patienten mit Prostatakarzinom auf Basis des zwischen meiner Krankenkasse, dem Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) und der MEDIQX health management GmbH (MEDIQX) geschlossenen Vertrages nach § 140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung von onkologischen Patienten mittels multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages in Anspruch nehme.

### 2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Verarbeitung meiner Daten (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe die beigefügte datenschutzrechtliche Versicherteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Bestätigung des Radiologen

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm **mpMRT** erfüllt sind

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Radiologen

Stempel **Radiologe**

## I. Information Teilnahmebedingungen:

Mit meiner Entscheidung an der besonderen Versorgung „mpMRT“ teilzunehmen, erhalte ich eine einmalige innovative Diagnostik. Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, bei Verdacht auf bzw. bei Diagnose Prostatakarzinom, mittels einer schnelleren, schmerzfreien und strahlungsfreien Voruntersuchung mittels mpMRT der Prostata eine genauere Feststellung und Lokalisation krebsverdächtiger Herdbefunde vorzunehmen und damit eine präzisere Diagnostik auf der Grundlage von gezielten Prostatabiopsien zu erzielen. Die Diagnostik dient dem weiterbehandelnden Arzt zu Festlegung von therapeutischen Maßnahmen. Diese Art der medizinischen Versorgung eröffnet mir die Möglichkeit, bei meinem gewählten Radiologen an einer qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung einer modernen Form der Diagnostik als Grundlage der nachfolgenden Behandlungsabläufe teilzunehmen. Als teilnehmender Versicherter einer dem Vertrag beigetretenen Krankenkasse nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Versorgung und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Versicherung bei einer dem Vertrag beigetretenen Krankenkasse bestehen muss.
2. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 3 beginnt und diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, gilt. Die freie Arztwahl nach § 76 SGB V wird außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt.
3. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich oder elektronisch, beginnt.
4. ich nach Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung meine Teilnahme innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, dann bin ich an den Vertrag und den behandelnden Leistungserbringer bis zum Abschluss der Versorgung gebunden.
5. ich meine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. bei Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) außerordentlich schriftlich oder elektronisch gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann. Im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Kündigungsgründe zu benennen.
6. die medizinische Verantwortung dem Radiologen obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des mpMRT-Vertrages gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
7. meine Teilnahme endet:
  - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V
  - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
  - an dem Tag, an dem ich meine mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich oder elektronisch gegenüber meiner Krankenkasse widerrufe.
  - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
  - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht an diesem mpMRT-Vertrag teilnimmt.
  - mit Abschluss der mpMRT-Untersuchung,
  - mit dem Ende des mpMRT-Vertrages oder
  - mit dem Ende der Teilnahme meines behandelnden Radiologen.
8. ich verpflichtet bin, nur am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer (Radiologien) in Anspruch zu nehmen. Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, kann mich meine Krankenkasse von der Teilnahme am Vertrag ausschließen und ich bin bereit die durch die außervertragliche Leistungsanspruchnahme entstandenen Mehrkosten selbst zu tragen.
9. ich im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in versichertenbezogener Form (d. h. mit Personenbezug) und in die dafür erforderliche Bereitstellung meiner Daten an einen Evaluator schriftlich einzuwilligen. Die Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten zum Zweck der Evaluation ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist nicht abhängig von der Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten für die Evaluation.

### **Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V:**

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine Krankenkasse.

## **II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am mpMRT-Vertrag:**

Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)] durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die für die Vertragsdurchführung erforderliche Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den einschreibenden Arzt bei Bedarf an meine Krankenkasse übersendet und das Original in der Arztpraxis aufbewahrt wird.
2. meine Krankenkasse und die MEDIQX für die Abrechnung bei Einschreibung folgende personenbezogenen Daten/Patientendaten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertenstatus, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme erhalten.
3. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme vernichtet wird.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersandt werden können.
5. meine Krankenkasse der BDR, die GWQ ServicePlus AG (GWQ) und MEDIQX entsprechend § 295 Abs. 2 und § 295a SGB V im Rahmen der Leistungsabrechnung im Umfang der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhalten.
6. sich die Aufbewahrung und Löschung der personenbezogenen Daten, insbesondere bei Vertragsende, Widerruf der Teilnahmeerklärung, Beendigung der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligungserklärung, nach den für den Beteiligten geltenden, jeweils einschlägigen Bestimmungen richtet.

### **Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei meiner Krankenkasse die Beendigung der Teilnahme am mpMRT-Vertrag verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass mein Widerruf der Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an meine Krankenkasse. Die Kontaktdaten sind in der angefügten Liste teilnehmende Krankenkassen zu finden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich in der beigelegten Anlage „Versicherteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung“. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse und deren Datenschutzbeauftragten, kann ich der beigelegten Liste entnehmen.

## **Versicherteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung**

### **Teilnahmeinformation**

#### **1) Was beinhaltet die besondere Versorgung des o. g. Vertrages für mich als Versicherten?**

Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, bei Verdacht auf bzw. bei Diagnose Prostatakarzinom, durch eine schnellere, schmerzfreie und strahlungsfreie Voruntersuchung mittels multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata eine genauere Feststellung und Lokalisation krebserdächtiger Herdbefunde vorzunehmen und damit eine präzisere Diagnostik auf der Grundlage von gezielten Prostatabiopsien bei geeigneten Patienten zu erzielen. Die Diagnostik dient dem weiterbehandelnden Arzt zur Festlegung von therapeutischen Maßnahmen.

Diese Art der medizinischen Versorgung eröffnet Ihnen die Möglichkeit, bei Ihrem gewählten Radiologen an einer qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung einer modernen Form der Diagnostik als Grundlage der nachfolgenden Behandlungsabläufe teilzunehmen.

#### **2) Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer an dem Vertrag beigetretenen Krankenkasse versichert.
- Es liegen ein Verdacht bzw. die Diagnose Prostatakrebs vor.
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken und schließen daher eine weitere diagnostische/therapeutische Konsequenz (Prostata-Re-Biopsie, Operation, Radiatio) nicht aus.
- Sie wählen einen Radiologen, der am Programm teilnimmt.
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ihre Teilnahme am besonderen Versorgungsprogramm ist freiwillig und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen für Sie kostenfrei (die Leistung beinhaltet die **einmalige** Durchführung der mpMRT der Prostata durch einen Radiologen; eine weitere Durchführung der mpMRT der Prostata kann nicht über diesen Vertrag erbracht werden und wäre für den Versicherten kostenpflichtig).

## Datenverarbeitung

### Informationen des Versicherten zur Datenverarbeitung im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung (im Weiteren DSGVO) und dem SGB V

Ihre Daten werden entsprechend der vertraglichen Aufgaben der Vertragspartner (siehe unten) im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Wahrung der weiteren gesetzlichen Vorgaben entsprechend § 295 Abs. 2 Satz 1 und § 295a SGB V verarbeitet. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO (der Behandlungsvertrag), Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO (Ihre Einwilligung) sowie die Art. 5, Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO i.V.m. §§ 140a, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V.

Diese Regelungen sehen auch vor, dass alle Patienten bzw. Versicherten, die an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung informiert werden. Deshalb lesen Sie bitte diese Versicherteninformation sorgfältig durch. Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten (Mailadresse, Name, Versichertennummer, behandelnder Arzt) geschieht ausschließlich zur Teilnahme am Versorgungsvertrag, und zur Abrechnung der Leistungen mit Ihrer Krankenkasse. Alle an der Verarbeitung Beteiligten sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Vertragspartner des Vertrages und Teilnehmer an der besonderen Versorgung zur fachärztlichen Behandlung von Patienten mittels multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata nach § 140a SGB V sind:

- der Radiologe, der Sie behandelt und in den Vertrag eingeschrieben ist (Ihr Radiologe)
- Der Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. (BDR), August-Exter-Str. 4, 81245 München: als Vertreter der fachlichen, rechtlichen und standespolitischen Interessen seiner Mitglieder
- die Gesetzliche Krankenkasse, bei der Sie versichert sind (Ihre Krankenkasse/Ihre Kasse)
- die GWQ ServicePlus AG (GWQ), Ria-Thiele-Straße 2a, 40549 Düsseldorf: von gesetzlichen Krankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen
- die MEDIQX health management GmbH, Schottlandstr. 2A, 59368 Werne: rechnet sämtliche Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber den beteiligten Krankenkassen ab

#### 1) Datenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgung

Ihre Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung wird bei Ihrem Radiologen im Original aufbewahrt. Ihre Krankenkasse erhält von dem behandelnden Arzt bei Bedarf eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Für **die Teilnahme** inklusive **Abrechnung** am „mpMRT“ –Vertrag werden **im Rahmen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung** sowie in den **Abrechnungsdaten** folgende personenbezogene Daten **an Ihre Krankenkasse und die MEDIQX übermittelt**:

##### Persönliche Informationen

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Name Ihrer Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus und Teilnahmebeginn (Datum der Unterschrift)

##### Untersuchungsbezogene Informationen

Behandlungstag, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD 10  
Alle vorgenannten Daten werden unter Wahrung aller Datenschutzbestimmungen, der Schweigepflicht nach § 203 StGB und des Sozialgeheimnisses an Ihren behandelnden Arzt, Ihre Krankenkasse und aggregiert ohne Personenbezug den BDR, sowie die GWQ weitergegeben.

#### 2) Der Weg Ihrer Daten in der besonderen Versorgung

Datenübermittlungen zur Vertragsdurchführung und ärztlichen Leistungsabrechnung

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderen Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern (Ihre Krankenkasse, der GWQ, der BDR und der MEDIQX) und den Leistungserbringern/Vertragsärzten zum Zwecke der Durchführung (z. B.: Controlling) und Abrechnung der besonderen Vertragsleistungen.

Die besonderen Leistungen Ihres gewählten Facharztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet. Dazu muss er nach Klärung Ihrer Teilnahmeberechtigung eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt trägt entsprechend **§ 295 Abs. 2 und gemäß § 295a SGB V die oben benannten Daten** (Teilnahme und Abrechnung) in die Abrechnungssoftware der MEDIQX ein: Anschließend übermittelt die MEDIQX Ihrer Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und wiederum verschlüsselt eine sogenannte Abrechnungsdatei mit Ihren Daten. Auf dieser Grundlage zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Arzt aus.

Für und während Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung werden auf Grundlage Ihrer Einwilligung und den gesetzlichen Grundlagen Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Gesundheitsdaten aus der ärztlichen Behandlung und Versorgung gesichert verarbeitet. Diese Verarbeitung erfolgt zweckgebunden zur ordnungsgemäßen und qualitätsgesicherten Behandlung der besonderen Versorgung, ihrer vertragsgemäßen Durchführung und Abrechnung, sowie der erforderlichen ärztlichen Dokumentation der ärztlichen Behandlung unter Einhaltung der jeweils einschlägigen gesetzlichen Vorgaben.

Darüber hinaus erfolgt die Datenverarbeitung zweckgebunden zur Qualitätssicherung des Vertrages und der daraus resultierenden Beratung/Unterstützung der Ärzte zu Umsetzungsfragen sowie zur gesetzlich geforderten Wirtschaftlichkeitsberechnung.

### 3) Dauer der Speicherung

Die Daten werden für die vertragliche Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), des ärztlichen Berufsrechts sowie nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und ggf. anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gespeichert und anschließend gelöscht. Ihre Daten werden bis zum Ende der Durchführung des Vertrags (dies beinhaltet das Controlling, die Wirtschaftlichkeitsbewertung und die Abrechnung) verarbeitet. Danach erfolgt nur noch eine eingeschränkte Verarbeitung, soweit es das Gesetz vorsieht. 10 Jahre nach Beendigung der besonderen Versorgung werden Ihre Daten endgültig datenschutzgerecht unwiederbringlich gelöscht.

### 4) Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist freiwillig und nicht gesetzlich vorgeschrieben. Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung ohne Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist dann zukünftig nicht mehr möglich. Es bleibt bei der regulären fachärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie haben zudem unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X), ein Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung gegen die datenschutzrechtlichen Regeln verstößt, steht Ihnen das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde zu. Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten in der Arztpraxis ist Ihr Arzt. Für die Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die MEDIQX health management GmbH. Sie können sich wegen der dortigen Verarbeitung der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden. Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt ebenfalls nur im gesetzlich zulässigen Umfang.

### 5) Ihre Ansprechpartner zur Datenverarbeitung

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Verantwortlichen und ihre Datenschutzbeauftragten zu wenden. Die Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse und des Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse können Sie der beigefügten Liste teilnehmende Krankenkassen entnehmen.

Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch die MEDIQX health management GmbH auch direkt an deren Datenschutzbeauftragte Sandra Eckardt - DSB-lokal Carl-von-Ossietzky-Str. 15, 59368 Werne, E-Mail: [datenschutz@mediqx.de](mailto:datenschutz@mediqx.de) wenden oder sich gegenüber der für die MEDIQX health management GmbH zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die Tätigkeit der MEDIQX health management GmbH in datenschutzrechtlichen Fragen zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf

Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch den Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. auch direkt an den Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V., August-Exter-Str. 4, 81245 München, E-Mail: [info@radiologenverband.de](mailto:info@radiologenverband.de) wenden oder sich gegenüber der für den Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die Tätigkeit des Berufsverbands der Deutschen Radiologen e.V. in datenschutzrechtlichen Fragen zuständige Aufsichtsbehörde ist der

Bayrischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD),  
Postfach 22 12 19  
80502 München

Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch die GWQ ServicePlus AG auch direkt an die Mitarbeiter der GWQ ServicePlus AG unter [datenschutz@gwq-serviceplus.de](mailto:datenschutz@gwq-serviceplus.de) oder an deren Datenschutzbeauftragten (Datenschutzbeauftragter Stephan Menzemer, tätig im Auftrag der GvW Graf von Westphalen GmbH, Poststraße 9 – Alte Post, 20354 Hamburg, [dsb@gvw.com](mailto:dsb@gvw.com)) wenden oder sich gegenüber der für die GWQ ServicePlus AG zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die Tätigkeit der GWQ ServicePlus AG in datenschutzrechtlichen Fragen zuständige Aufsichtsbehörde ist

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Graurheindorfer Str. 153  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)