

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

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung Rheuma, hier Modul "Arzneimittel Rheuma"

Exemplar für den Versicherten

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an meine Krankenkasse übermittelt: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg. Die Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragte/-n Einrichtung/-en übermitteln: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH; Dürrenhofstraße 4; 90402 Nürnberg.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

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

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung Rheuma, hier Modul "Arzneimittel Rheuma"

Bitte schicken Sie das Original an:
**Helmsauer Curamed
Managementgesellschaft für
Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg**

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an meine Krankenkasse übermittelt: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg. Die Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragte/-n Einrichtung/-en übermitteln: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH; Dürrenhofstraße 4; 90402 Nürnberg.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters
--

Vertragsarzt Stempel

Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung Rheuma

I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, in Textform (per Brief, E-Mail oder Fax) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse. Sie finden beigefügt eine Liste mit den Kontaktdaten der an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Krankenkassen.

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. Sie können den Datenschutzbeauftragten postalisch oder per E-Mail kontaktieren. Sie finden beigefügt eine Liste mit allen Datenschutzbeauftragten inkl. Kontaktdaten der an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Krankenkassen.

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist Ihre Krankenkasse für die Erhebung der Daten verantwortlich (siehe dazu beiliegende Kontaktliste).

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichererstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel und Diagnosen nach ICD 10. Weitere Behandlungsdaten wie Arzneimittelverordnungen, Verlaufsdaten, insbesondere DAS28, BASDAI und/oder DAPSA, sowie Befunde werden ausschließlich pseudonymisiert erhoben und lassen keinen Rückschluss auf die Person zu.

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei Ihrer Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

Datenverarbeitung Ihrer Informationen zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an Ihre Krankenkasse. Diese meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten, Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an die genannte Einrichtung zurück. Anschließend informiert die Einrichtung die Leistungserbringer.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Zur Vermeidung von Problemen bei der Abrechnung informiert der Leistungserbringer oder der Abrechnungsdienstleister Ihre Krankenkasse über Ihre Einschreibung und Ihre Teilnahmedaten. Ihre Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus) an den Abrechnungsdienstleister oder den Leistungserbringer.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, berät Sie Ihre Krankenkasse gern. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern oder Ihrer Krankenkasse.

**Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen an der Besonderen Versorgung Rheuma,
hier: Modul "Arzneimittel Rheuma"**

Widerspruch			Datenschutzbeauftragte		
Krankenkasse	Anschrift	E-Mailadresse und/oder Faxnummer	Anschrift	Webseite	E-Mailadresse und/oder Telefonnummer und/oder Faxnummer
actimonda krankenkasse	Hüttenstr. 1 52068 Aachen		actimonda krankenkasse Hüttenstr. 1 52068 Aachen		Tel: 0241 90066-541
BIG direkt gesund	Markgrafenstraße 62 10969 Berlin	info@big-direkt.de	BIG direkt gesund Datenschutzbeauftragter Rheinische Straße 1 44137 Dortmund		datenschutz@big-direkt.de
BKK24	Sülbecker Brand 1 31683 Obernkirchen	info@bkk24.de	BKK24 Datenschutz Mainzer Str. 5 55232 Alzey		datenschutz@bkk24.de
BKK Akzo Nobel Bayern					
BKK B. Braun Aesculap					
BKK Deutsche Bank AG					
BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstr. 49 33649 Bielefeld	info@bkkgs.de	BKK Gildemeister Seidensticker Winterstr. 49 33649 Bielefeld		datenschutz@bkkgs.de
BKK Herkules	BKK Herkules Jordanstraße 6 34117 Kassel	info@bkk-herkules.de Fax: 0561-20855-66	BKK Herkules Datenschutzbeauftragter Jordanstraße 6 34117 Kassel	www.bkkherkules.de/krankenkassekassel/ datenschutz/	datenschutzbeauftragter@bkkherkules.de Fax: 0561 208 55 8130
BKK KBA					
BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33 65187 Wiesbaden	info@bkk-linde.de	BKK Linde Konrad-Adenauer-Ring 33 65187 Wiesbaden	datenschutz@bkk-linde.de	
BKK MAHLE	Pragstr. 26-46 70376 Stuttgart	info@bkk-mahle.de	BKK MAHLE Pragstr. 26-46 70376 Stuttgart		datenschutz@bkk-MAHLE.de
BKK Mobil Oil	Betriebskrankenkasse Mobil Oil 20091 Hamburg	info@service.bkk-mobil-oil.de Fax: 0800 255 3002-888	Betriebskrankenkasse Mobil Oil Datenschutzbeauftragter Burggrafstraße 1 29221 Celle	www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz	datenschutz@bkk-mobil-oil.de Tel: 0800 255 0800
BKK Pfalz	BKK Pfalz Lichtenbergerstraße 16 67059 Ludwigshafen	info@bkkpfalz.de Fax: 0621 - 68 559 559	BKK Pfalz Datenschutzbeauftragter Lichtenbergerstr. 16 67059 Ludwigshafen	www.bkkpfalz.de/datenschutzundinformatio nsfreiheit	datenschutz@bkkpfalz.de
BKK RWE	Welfenallee 32 29225 Celle	info@bkkrwe.de	BKK RWE Welfenallee 32 29225 Celle		
BKK Technoform	August-Spindler-Str. 1 37079 Göttingen	Willkommen@bkktechnof orm.de	BKK Technoform August-Spindler-Str. 1 37079 Göttingen		Helle.Koerner@bkk-technoform.de

BKK VBU	Lindenstr. 67 10969 Berlin	info@bkk-vbu.de	BKK VBU Lindenstr. 67 10969 Berlin		datenschutzbeauftragter@bkk-vbu.de
BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5 37269 Eschwege	info@bkk-wm.de	BKK Werra-Meissner Straßburger Str. 5 37269 Eschwege		torsten.zahn@bkk-wm.de
BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19 34212 Melsungen	info@bkk-wf.de	BKK Wirtschaft & Finanzen Bahnhofstr. 19 34212 Melsungen		datenschutz@bkk-wf.de
Continentale BKK	Continentale Betriebskrankenkasse Postfach 63 05 29 22315 Hamburg	kundenservice@continentalebkk.de Fax: 040 526777-1125	Continentale Betriebskrankenkasse Datenschutzbeauftragter Sengelmanstr. 120 22335 Hamburg	www.continentalebkk.de/site/datenschutz/	datenschutz@continentale-bkk.de Tel.: 040 256 777 1150
DAK-Gesundheit	Nagelsweg 27-31 20097 Hamburg	AM_003270@dak.de Fax: 040-23 96-34 65	DAK-Gesundheit Nagelsweg 27-31 20097 Hamburg	www.dak.de/dak/datenschutz-1476302.html	datenschutz@dak.de
Debeka BKK	Debeka BKK Postfach 300362 56027 Koblenz	info@debeka-bkk.de Fax: 02 61 - 9 41 43 - 930	Debeka BKK Datenschutzbeauftragter Im Metternicher Feld 40 56072 Koblenz	www.debeka-bkk.de/datenschutz/	datenschutz@debeka-bkk.de Tel: 02 61 9 41-0 Fax: 02 61 9 41 43 - 930
energie-BKK	Lange Laube 6 30159 Hannover	info@energie-bkk.de	energie-BKK Lange Laube 6 30159 Hannover		datenschutz@energie-bkk.de
HEK	22039 Hamburg	kontakt@hek.de Fax: 040 65696-1237	HEK - Hanseatische Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg	www.hek.de/datenschutz/	datenschutz@hek.de
hkk	hkk Krankenkasse 28185 Bremen	info@hkk.de Fax: 0421 3655-3700	hkk Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Martinistr. 26 28195 Bremen	www.hkk.de/datenschutz	datenschutzbeauftragter@hkk.de
IKK Brandenburg & Berlin					
KKH	30125 Hannover	service@kqh.de Fax: 0511-28 02 99 99	Kaufmännische Krankenkasse – KKH Beauftragter für den Datenschutz Karl-Wiechert-Allee 61 30625 Hannover		datenschutz@kqh.de
mhplus BKK	mhplus Betriebskrankenkasse 71632 Ludwigsburg	info@mhplus.de Fax: 0 71 41 97 90 113	mhplus BKK Datenschutzbeauftragter Franckstraße 8 71636 Ludwigsburg	www.mhpluskrankenkasse.de/datenschutz/	datenschutz@mhplus.de Tel: 07141-9790-9968 Fax: 07141-9790 44 99 68
Novitas BKK	47050 Duisburg	vertraege@novitas-bkk.de	Novitas BKK Datenschutzbeauftragter 47050 Duisburg	www.novitas-bkk.de/ueber-uns/datenschutz	datenschutz@novitas-bkk.de
pronova BKK	67082 Ludwigshafen	patientencoaching@pronovabkk.de Fax: 0621 53391-8919	Datenschutzbeauftragter der pronova BKK Horst-Henning-Platz 1 51373 Leverkusen	www.pronovabkk.de/datenschutz	datenschutz@pronovabkk.de
R+V Betriebskrankenkasse	R+V Betriebskrankenkasse 65215 Wiesbaden	info@ruv-bkk.de Fax: 0611 99909-139	R+V Betriebskrankenkasse Datenschutzbeauftragter Kreuzberger Ring 21 65205 Wiesbaden	www.ruvbkk.de/index.php?entryid=56	roland.werner@ruv-bkk.de Tel: 0611 99909-276
SBK	SBK 80227 München	info@sbk.org Fax: 089 62700-102	SBK Siemensbetriebskrankenkasse Datenschutzbeauftragter	www.sbk.org/servicenavigation/datenschutz/	datenschutz@sbk.org Tel.: 089 62700 280

			Heimeranstr. 31 80339 München		
Techniker Krankenkasse	85820 München	service@tk.de Fax: 040-46 06 62 62 79	Techniker Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Bramfelder Straße 140 22305 Hamburg	www.tk.de/techniker/unternehmensseite n/datenschutz-2019572	datenschutz@tk.de
VIActiv Krankenkasse	Zentraler Posteingang 45064 Essen	service@viactiv.de Fax: 0234 479 1999	VIActiv Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Willy-Brandt-Platz 3 46045 Oberhausen	https://www.viactiv.de/datenschutz	datenschutz@viactiv.de