

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 Diabetesschulung*) 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 (Burgenländische Gebietskrankenkasse, Siegfried Marcus-Straße 5, A-7000 Eisenstadt, Tel.-Nr. 02682 608-1713, E-Mail: burgenland@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 BGKK (Siegfried Marcus-Straße 5, 7000 Eisenstadt, Datenschutzbeauftragter: dsb@bgkk.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.bgkk.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.

ZUSATZINFORMATION zur ZIELVEREINBARUNG Therapie Aktiv – Diabetes im Griff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Behandlungsprogramm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ eingeschrieben.

Im Programm ist vorgesehen, dass wir gemeinsam sinnvolle medizinische Ziele festlegen:

Ernährung Bewegung Rauchen Gewicht Blutdruck HbA1c

Diese 6 Einflussgrößen bestimmen den Verlauf der Krankheit und haben einen wesentlichen Einfluss auf Spätkomplikationen wie z.B. Erblindung, Amputation. Schon eine Verbesserung in einzelnen Teilbereichen kann Ihren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Es kommt daher nicht darauf an, gleichzeitig für alle Bereiche Ziele festzulegen, sondern sich zunächst vielleicht 2 oder 3 Bereiche auszusuchen, an denen Sie etwas verändern können.

Ein konkretes Ziel könnte zum Beispiel sein, dass Sie sich vermehrt körperlich betätigen. Dabei erheben wir zuerst, was Sie bisher gemacht haben, um individuell daran anknüpfen zu können.

Für den Anfang kann es ausreichen zu Fuß zu gehen, statt mit dem Lift zu fahren. Das kann sich steigern auf z.B. täglich 30 Minuten moderate Bewegung wie Spazieren gehen und mehr. Auch die Zeitspanne in der das Ziel erreicht werden soll ist unterschiedlich und individuell zu wählen.

Wir werden die gemeinsam vereinbarten Ziele bei Ihrem nächsten Arztbesuch überprüfen und gegebenenfalls anpassen oder verändern.

Sie bekommen die Zielvereinbarung mit nach Hause, damit Sie die Ziele immer vor Augen haben und jederzeit nachlesen können. Nur wenn Sie aktiv daran arbeiten, werden Sie Ihr Ziel erreichen, was sich wiederum positiv auf Ihre Erkrankung auswirkt.

Die Ziele können entweder im eigens dafür vorgesehenen Formular ‚Zielvereinbarung‘ ausgefüllt oder im Diabetes-Pass eingetragen werden. Jedenfalls bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie selbst aktiv an der Erreichung der Ziele mitarbeiten werden.

**Ihre Mitarbeit ist ein entscheidender Beitrag zur Optimierung der Therapie -
sie kommt ausschließlich Ihnen zugute!**

Ihr behandelnder Arzt

Zielvereinbarung

Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

Versicherungsnummer: _____

Vorname: _____ **Zuname:** _____

Im Rahmen von **Therapie Aktiv – Diabetes im Griff** wurden folgende Ziele gemeinsam vereinbart:

HbA1c-Senkung

aktueller HbA1c: _____ mmol/mol (%) vereinbarter HbA1c: _____ mmol/mol (%) bis: _____

Blutdruck-Senkung

aktueller Blutdruck: _____ / _____ mmHg vereinbarter Blutdruck: _____ / _____ mmHg bis: _____

Reduktion des Tabakkonsums

aktueller Tabakkonsum: _____ Zigaretten/Tag vereinbarte Reduktion auf: _____ Zig./Tag bis: _____

Vermehrte Bewegung

Folgende Aktivitäten werden vereinbart:

Aktivität 1: _____

Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche

Aktivität 2: _____

Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche

Gewichtsreduktion

aktuelles Gewicht: _____ kg vereinbartes Gewicht: _____ kg bis: _____

Ernährungsumstellung

Bezüglich Ernährung wurde folgendes vereinbart:

Verlaufskontrolle

Datum				
HbA1c	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)
Blutdruck	/	/	/	/
Zigaretten	Stk.	Stk.	Stk.	Stk.
Aktivität 1	min/ x	min/ x	min/ x	min/ x
Aktivität 2	min/ x	min/ x	min/ x	min/ x
Gewicht	kg	kg	kg	kg

Datum, Unterschrift Patient

Datum, Unterschrift Arzt

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (☒) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Um Ihnen die Einschätzung zu erleichtern, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr
heutiger
Gesundheitszustand**

