



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

## Behandlungsvertrag und Studienteilnahme Innovationsfondsprojekt OrthoKids

zwischen  
(siehe Feld oben links)  
vertreten durch den/die Erziehungsberechtigte/n

- Patient/in -

und  
(Arztstempel)

- Ärztin/Arzt -

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und der/dem Ärztin/ Arzt wird ein Behandlungsvertrag zum Innovationsfondsprojekt OrthoKids mit Teilnahme an der OrthoKids-Studie geschlossen. Der/die Patient/in wird durch die/ den Erziehungsberechtigte/n vertreten.

Der/die Patient/in erhält im Rahmen des Behandlungsvertrages und der Studienteilnahme einmalig eine orthopädische Vorsorgeuntersuchung und bei positivem Befund einmalig nach ca. einem Jahr eine orthopädische Kontrolluntersuchung, auch bei Wechsel des behandelnden Arztes bzw. Ärztin. Die orthopädische Vorsorgeuntersuchung umfasst eine Untersuchung der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten, eine Überprüfung der Hüftsituation, eine Aufklärung über mögliche orthopädische Zweiterkrankungen bei Übergewicht und über skelettsystemgefährdende Sportarten, Verletzungsprävention und Rahmenbedingungen einer Sportfähigkeit sowie die Dokumentation des Untersuchungsergebnisses in der OrthoKids-Plattform. Daneben werden der/ dem Patientin/en Behandlungsempfehlungen, Übungen und weitere Informationen über die OrthoKids-App zur Verfügung gestellt. Näheres zur OrthoKids-Plattform und OrthoKids-App können der Projekt- und Studieninformation (Anlage 1) entnommen werden.

Die Untersuchung und die damit verbundenen Nebenleistungen (Dokumentation in der OrthoKids-Plattform, Bereitstellung von Behandlungsempfehlungen, Übungen und Informationen über die OrthoKids-App, Kontrolluntersuchung im Falle eines positiven Befundes) erfolgen für den/die Patient/in kostenfrei. Der Anspruch der/des Patient/in aus diesem Behandlungsvertrag ist auf die Leistungsinhalte des Innovationsfondsprojektes OrthoKids beschränkt.

Die/der Ärztin/ Arzt verpflichtet sich, die ärztlichen Leistungen aus dem Innovationsfondsprojekt OrthoKids zu erbringen. Dem/der Patient/in entstehen durch diesen

Vertrag keine Nachteile; sämtliche Leistungen der Regelversorgung können weiterhin in Anspruch genommen werden. Sämtliche im Rahmen des Behandlungsvertrages anfallenden Kosten werden aus Fördergeldern gemäß den von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) veröffentlichten Teilnahme- und Förderbedingungen finanziert. Weitere Informationen zum Projekt OrthoKids sind in der Projekt- und Studieninformation (Anlage 1) dargestellt.

Der Behandlungsvertrag endet automatisch mit vollständiger Leistungserbringung, spätestens zum 31.12.2024. Er kann jederzeit durch Erklärung gegenüber der/dem Ärztin/Arzt beendet werden. Ein Widerruf ist innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung des Behandlungsvertrags möglich. Die Studienteilnahme endet mit Abschluss des OrthoKids-Projektes, voraussichtlich zum 30.06.2025.

Der/die Arzt/Ärztin unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ziel des Projektes OrthoKids ist eine wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) zur Wirksamkeit der orthopädischen Vorsorgeuntersuchung durch die Universität zu Köln (OrthoKids-Studie). Der/die Arzt/Ärztin erhebt im Rahmen der Projekt- und Studienteilnahme die Teilnehmerdaten und medizinische Daten (Anamnesedaten, Ergebnisse der Vorsorge- und Kontrolluntersuchung) und dokumentiert diese in der OrthoKids-Plattform. Weiter übermittelt der/die Arzt/Ärztin Abrechnungsdaten an die KVBW. Daneben werden Daten im Rahmen von Befragungen erhoben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung im Rahmen des Behandlungsvertrages, der OrthoKids-Studie und der Abrechnung können der Datenschutzinformation (Anlage 2) entnommen werden.

Anlage 1 Projekt- und Studieninformation  
Anlage 2 Datenschutzinformation  
Anlage 3 OrthoKids-Information für Kinder

Ort und Datum \_\_\_\_\_

**Hiermit schließe ich den Behandlungsvertrag mit den Inhalten der Anlagen 1 und 2 und der damit verbundenen Teilnahme an der OrthoKids-Studie ab.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Ich habe die Projekt- und Studien- und Datenschutzinformation erhalten und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten im Rahmen des Behandlungsvertrages und der OrthoKids-Studie zu.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, E-Mail/ Telefon Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r