

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

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. In der Information zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Teilnahme- und Datenschutzinformation 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 der Techniker Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an die Techniker Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der umseitigen "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung" 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 die Techniker Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

Ich bin damit einverstanden, dass die Techniker Krankenkasse zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung meiner Versorgung auch meine bereits gespeicherten notwendigen Routinedaten (vgl. Konkretisierung in der "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung") pseudonymisiert an die auswertende Stelle (vgl. Konkretisierung in der "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung") übermittelt und diese dort verarbeitet werden. Dies gilt auch für den Fall eines etwaigen Widerrufs der Teilnahme.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten von den beteiligten Ärzten und Therapeuten gemeinsam dokumentiert werden. **Ich bin damit einverstanden,** dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation einsehen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist.

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 mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln:
Medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG, Wilhelmsstr. 9, 34117 Kassel.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. umseitig genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. umseitig genannte Fax- und E-Mail-Angaben). 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 (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)	Stempel der medizinischen Einrichtung
--	---------------------------------------

Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung



I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung (vgl. nachfolgende "Versicherteninformation").

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, schriftlich (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an service@tk.de oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

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 (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) 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 uns 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 Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf www.tk.de unter der Suchnummer 2019572. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: datschutz@tk.de. Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg. 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, Graurheindorfer Str. 153, 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, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10). 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 der Techniker Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Datenverarbeitung zur Dokumentation medizinischer Daten / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle Beteiligten gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Wir von der Techniker Krankenkasse haben keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

Zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung dieser Versorgung ist es nach § 92 a Abs. 1 Satz 3 SGB V notwendig, dass die Techniker Krankenkasse auch bereits gespeicherte Daten über Ihren Gesundheitszustand, nämlich die in der Versicherteninformation aufgeführten Daten, pseudonymisiert an die in der Versicherteninformation genannte auswertende Stelle übermittelt. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Schlüssel anstelle eines Namens, einer Versichertennummer oder eines anderen Identifikationsmerkmals für jede Person hinterlegt wird und nur dieser Schlüssel an die genannte Stelle übermittelt wird. Diese kann bei der Auswertung also keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

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 uns über Ihre Einschreibung und Ihre Teilnahmedaten. Wir von der Techniker melden das Ergebnis unserer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus) an den Abrechnungsdienstleister oder den Leistungserbringer.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern unter Tel. 0800 - 285 85 85. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und auf tk.de.



sekTOR-HF: Telemedizinische Versorgung für Patient:innen mit Herzinsuffizienz

In Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Einrichtungen in Bayern und Hessen werden Patient:innen mit Herzinsuffizienz telemedizinisch unterstützt. Innerhalb des Kooperationsnetzwerks werden Teilnehmende gemäß ihrer Bedarfe entsprechend versorgt.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Herzschwäche
- Therapie: telemedizinische Versorgung mithilfe einer koordinierenden Netzwerkstelle
- Behandlungsregion: Bad Neustadt an der Saale (Bayern) und Marburg (Hessen)

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

Details zur Behandlung

Ziel des Angebotes ist es, durch den Einsatz von Telemedizin und einer koordinierten Behandlung Verschlechterungen Ihrer Erkrankungen zu vermeiden und gleichzeitig Ihre Lebensqualität zu steigern.

Eine fachärztlich geleitete zentrale Netzwerkstelle weist Sie Ihrem Bedarf entsprechend einer ambulanten oder stationären Einrichtung zu. Dabei werden Sie über zwölf Monate hinweg betreut und erhalten je nach medizinischer Notwendigkeit verschiedene Untersuchungen. Mithilfe von telemedizinischen Geräten (dies können sein: EKG-Messgerät, Körperwaage, Ohrsensor oder Smartphone), welche Sie je nach individuellem Bedarf erhalten, können Sie Ihre Gesundheitswerte eigenständig von zu Hause aus messen und an die Netzwerkstelle übermitteln. Diese werden dort in einer elektronischen Patientenakte gespeichert und fachärztlich geprüft. Sollten in den telemedizinisch erhobenen Daten Auffälligkeiten vorkommen, wendet sich die Netzwerkstelle direkt an Sie und klärt ggf. mit Ihrer behandelnden Arztpraxis den weiteren Handlungsbedarf ab. Während des Programms können Sie zudem jederzeit über ein Internetportal Kontakt zum ärztlichen Personal aufnehmen. Je nach Bedarf besucht Sie medizinisches Fachpersonal, um sich über Ihren Zustand zu informieren und Sie im Umgang mit den telemedizinischen Geräten zu schulen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Durch die überwiegend telemedizinische Betreuung in Ihren eigenen vier Wänden können Sie weiterhin unabhängig leben und eine höhere Lebensqualität genießen.
- Sie erhalten mehr Sicherheit im Alltag durch die kontinuierliche Beobachtung Ihrer Gesundheitswerte.
- Durch das frühzeitige Erkennen von gesundheitlichen Verschlechterungen können Aufenthalte im Krankenhaus vermieden werden.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass Sie sich in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahmeerklärung digital in den Vertrag einschreiben.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Einrichtungen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit der Abschlussuntersuchung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Details zur Studie

Das Programm wird im Rahmen einer Studie wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Dazu werden nachfolgende Daten verwendet, die der Techniker Krankenkasse bereits zu Ihrem Gesundheitszustand vorliegen bzw. während Ihrer Teilnahme am Programm erhoben werden:

- Soziodemografische Daten
- Biometrische Daten
- Medizinische Daten
- Daten aus Diagnostik und Befunden
- Daten aus Fragebögen
- Formulare zur Erfassung von ärztlichen Besuchen und Krankenhausaufenthalten
- Routinedaten der Techniker Krankenkasse
- Daten aus der Patient:innen-App bzw. dem Telemonitoring

Die genannten Daten werden von der nachfolgenden Stelle pseudonymisiert verarbeitet:

RWI — Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V.

Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen

So nehmen Sie Kontakt auf

Netzwerkstelle sekTOR-HF

RHÖN-KLINIKUM AG
Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt an der Saale

Tel. 09 771 - 65 13 071

www.sekTOR-HF.de
PM.sekTOR-hf@rhoen-klinikum-ag.com

Fragen zum Behandlungsangebot

Unsere Spezialisten vom TK-PatientenService beraten Sie gern:

Tel. 040 - 46 06 62 01 70
Mo. - Do. 8 - 18 Uhr
Fr. 8 - 16 Uhr