SV

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte per Post senden an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort "Besondere Versorgung"
85820 München

500084

Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche 16-17 Jahre - J2

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 „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 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 „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“.

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der „Versicherteninformation 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 in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“ 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.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“. 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

Versicherteninformation zur besonderen Versorgung

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, 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 im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen 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: datenschutz@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.

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.

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.

Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche von 16 bis 17 Jahren (J2)

Jugendliche können an einer zusätzlichen Untersuchung teilnehmen. Insbesondere Pubertäts- und Sexualitätsstörungen können so frühzeitig erkannt werden.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: geistige und körperliche Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen im Jugendalter
- Untersuchung: frühzeitige Identifikation und bei Bedarf individuelle Therapieeinleitung
- Untersuchungsregion: bundesweit
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

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

Details zur Untersuchung

Als zusätzliche Vorsorgeuntersuchung dient die J2 vor allem der Früherkennung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen bei Jugendlichen. Neben einem körperlichen Check-Up werden medizinische Risiken für Schilddrüsenerkrankung oder Diabetes untersucht. Außerdem wird der Impfstatus überprüft. Zusätzlich kann ein Beratungsgespräch zur Sexualitätsentwicklung, zu Medienverhalten und Drogenmissbrauch in Anspruch genommen werden. Bei Bedarf wird eine geeignete Behandlung eingeleitet. Die oder der Jugendliche kann auf Wunsch auch allein ohne Eltern ein vertrauensvolles Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt führen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Mögliche Defizite in der Entwicklung können frühzeitig erkannt und gegebenenfalls notwendige Therapie- oder Fördermöglichkeiten eingeleitet werden.
- Zusätzliche Leistung zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen
- Gesundheitlicher Check-up und ausführliche Beratung für einen gesunden Start ins Erwachsenenalter
- Die Untersuchung ist für Sie kostenfrei.

So nehmen Sie teil

Die Teilnahme ist freiwillig. Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine Teilnahmeerklärung zur besonderen Versorgung. Diese geben Sie dort zurück.

Bindungsfrist

Für die Untersuchung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Praxen gebunden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

So nehmen Sie Kontakt auf

Bitte erfragen Sie in Ihrer Arztpraxis, ob diese am Vertrag teilnimmt.

TK-ServiceTeam
0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Weitere Informationen über Leistungen für Kinder und Jugendliche der TK bekommen Sie bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Oder geben Sie auf tk.de einfach die Suchnummer 2010186 oder 2010236 ins Suchfeld ein.