

# TK-Angebot zur "Besonderen Versorgung"



## Zusätzliche Früherkennung für Kinder - U10 und U11

### Information für Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot der "Besondere Versorgung" interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Ihr Kind daran teilnehmen kann.

#### Früherkennung für Kinder

Die U10 findet im Alter von sieben bis acht Jahren statt.

Die U11 können Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren in Anspruch nehmen.

#### Mehr als der Standard

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder untersucht der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes. Er berät Sie auch darüber, was Sie tun können, damit Ihr Kind sich gesund entwickelt.

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Krankheiten oder Störungen frühzeitig zu erkennen, die eine normale körperliche, geistige und soziale Entwicklung des Kindes gefährden.

Ergibt sich der Verdacht auf eine Krankheit oder entdeckt der Arzt eine Erkrankung, veranlasst er eine weiterführende Diagnostik oder Therapie.

Über die Inhalte der Untersuchung informiert Sie Ihr Arzt.

Für die Untersuchung entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

#### Beratung für Eltern und Kind

Auch die Beratung der Eltern ist Teil der Früherkennungsuntersuchungen. Sie erfahren, was Sie selbst tun können, damit Ihr Kind sich gesund entwickelt.

Bei den Untersuchungen für ältere Kinder spricht der Arzt mit den Kindern zum Beispiel über soziale und psychische Aspekte wie etwa Schwierigkeiten in der Schule oder Fernseh-, Computer- und Ernährungsgewohnheiten. Auch Suchtmittel, Sport und Stress können ein Thema sein.

Bei allen Untersuchungen überprüft und bespricht der Arzt mögliche Verdachtsdiagnosen aus voran gegangenen Untersuchungen. Auch der Impfstatus wird überprüft.

#### Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Ärztin bzw. der Arzt beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung.

In der Teilnahmeerklärung erhalten Sie Informationen, welche Daten von der Arztpraxis hierfür an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister übermittelt werden.

Soweit Sie mit der Übermittlung der Daten Ihres Kindes an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

#### So kann Ihr Kind teilnehmen

Sie erklären die freiwillige Teilnahme Ihres Kindes einfach durch Ihre Unterschrift auf der umseitigen Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Krankenkasse absenden.

#### Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit der Einschreibung Ihres Kindes.

Ihr Kind ist bis zum Abschluss der ärztlichen Früherkennungsuntersuchung an die Arztpraxis gebunden.

Unabhängig davon kann Ihr Kind seine Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Anlass hierfür kann vorliegen, wenn z. B. das Zutrauen in die Behandlung nicht mehr vorhanden oder das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist. Sofern Ihr Kind seine Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchte, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind mit sofortiger Wirkung nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls es sich für die Untersuchung nicht an die dargestellte Bindung hält. Die weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie Ihr Kind erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für die Teilnahme Ihres Kindes vorliegen. Für die Behandlung von Erkrankungen können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

bitte wenden

### **Umgang mit den Daten Ihres Kindes**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V sowie Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 1 DSGVO (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo die Daten Ihres Kindes dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über Ihr Kind bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen.

Die Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - bitte geben Sie zum Öffnen der Seite die Nummer **2019572** in das **Suchfeld** ein. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

Gem. Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich:  
Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

### **Hier erfahren Sie mehr**

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer **0800 - 285 85 85**.

Weitere Informationen über unsere Leistungen für Kinder und Jugendliche erhalten Sie bei Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt und unter [www.tk.de](http://www.tk.de) - bitte geben Sie als Suchbegriff die Nummer **2003578** in das Suchfeld ein.

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

per Telefax an: **040 - 46 06 62 62 79**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort "U10/U11"  
22291 Hamburg



<b>Vertragsnummer:</b>	300001
------------------------	--------

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen - U10 und U11 für Kinder

### Ich erkläre hiermit die Teilnahme meines Kindes.

Ich möchte, dass mein Kind gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) untersucht wird. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt informiert. Mit der ärztlichen Untersuchung durch die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für die Untersuchung ist mein Kind bis zum Behandlungsende an die beteiligte Ärztin bzw. den beteiligten Arzt gebunden. In der "Information für Versicherte" wird das Untersuchungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der "Information für Versicherte" einverstanden.**

### Einwilligung zum Umgang mit den Daten meines Kindes

Ich bin mit der im Informationsblatt, im Abschnitt "Umgang mit den Daten Ihres Kindes" beschriebenen Verarbeitung der Daten meines Kindes einverstanden. 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).

### Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

**Ich bin damit einverstanden**, dass die behandelnde Arztpraxis die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogenen Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten (Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie Vertragsdaten an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister übermittelt:

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

### Widerrufsmöglichkeiten

**Ich kann die Teilnahme meines Kindes beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München; oder E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de); oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absende.**

**Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich die Teilnahme meines Kindes unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.**

**Meine Einwilligung zur Verarbeitung der Daten meines Kindes kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. oben genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. oben genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten meines Kindes bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass mein Kind nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung von Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.**

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)	Vertragsarztstempel
--	---------------------