

# TK-Angebot zur "Besonderen Versorgung"



## Hautkrebsfrüherkennung in Berlin

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

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren.

#### Hautkrebs-Screening - Ihr genereller Anspruch

Grundsätzlich können Versicherte ab 35 Jahren eine Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung jedes zweite Jahr in Anspruch nehmen: bei hausärztlich tätigen Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internistinnen bzw. Internisten, Praktischen Ärztinnen und Ärzten, Ärztinnen und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und bei Dermatologinnen bzw. Dermatologen.

#### Hautkrebs-Screening - Ihr zusätzlicher Anspruch

Ihre Techniker und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin haben eine ergänzende vertragliche Regelung im Rahmen der "Besonderen Versorgung" geschlossen.

TK-Versicherte können ein Hautkrebs-Screening (Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs) vor 35 Jahren wie folgt beanspruchen:

- ab 20 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren
- jedes zweite Jahr einmal
- bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologen), die an unserem Versorgungsangebot teilnehmen.

Die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Für die Untersuchung entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

#### Wie läuft die Hautkrebs-Untersuchung ab?

Die Ärztin bzw. der Arzt erhebt beim Screening die Krankengeschichte, begutachtet die Haut gründlich von Kopf bis Fuß und bespricht das Ergebnis mit Ihnen.

Auffällige Hautveränderungen werden, soweit noch nicht geschehen, durch eine Hautärztin bzw. einen Hautarzt untersucht.

Um zuverlässig Hautkrebs erkennen zu können, sichert eine Gewebeprobe die Diagnose ab.

Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt erläutert.

#### Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung.

Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von der Arztpraxis hierfür an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

Soweit Sie mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

#### So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme 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 Ihrer Einschreibung. Sie sind bis zum Abschluss der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung an die Arztpraxis gebunden.

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

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Untersuchung 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 von Erkrankungen können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

bitte wenden

## Umgang mit Ihren Daten

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 (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

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

Ihre 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 den Webcode **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).

## Hier erfahren Sie mehr

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

Weitere Informationen über die Hautkrebsfrüherkennung oder weitere TK-Vorsorgeleistungen erhalten Sie bei Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt.

Auf [www.tk.de](http://www.tk.de) informieren wir ausführlich über die Hautkrebsfrüherkennung. Geben Sie als **Suchbegriff** einfach den Webcode **2019070** ein. Zudem informieren wir Sie auf [www.tk.de](http://www.tk.de) über unsere Leistungen zur Prävention und Früherkennung - **Suchbegriff** ist der Webcode **2003564**.

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 "HKS"  
22291 Hamburg



**Vertragsnummer:** 372002

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Hautkrebsfrüherkennung in Berlin

### Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der "Besonderen Versorgung" untersucht werden. 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 bin ich 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 meinen Daten

Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. **Ich habe jederzeit das Recht**, die Daten über mich bei meiner behandelnden Ärztin bzw. bei meinem behandelnden Arzt einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten nach sechs Jahren 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) - Aufruf durch Eingabe des Webcodes 2019572 im Suchfeld. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Techniker Krankenkasse: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; (E-Mail) [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

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

**Ich bin damit einverstanden**, dass die behandelnde Arztpraxis meine personenbezogenen Daten (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 die mit der Abrechnung beauftragte, jeweils zuständige Bezirksgeschäftsstelle der folgenden Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt:

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin.

### Widerrufsmöglichkeiten

**Ich kann meine Teilnahme 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 meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.**

**Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten 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). Dies hat zur Folge, dass ich 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
--	---------------------