

An alle Fachärztinnen und Fachärzte mit der Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 – 900
service-center@kvberlin.de

01. Dezember 2015

2. Nachtrag: Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11, J2) mit der Techniker Krankenkasse (§ 73 c SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum **01.01.2016** gibt eine wichtige Änderung bezüglich der Teilnahme an den o.g. Verträgen.

Teilnahmeerklärung der Versicherten

Die Versicherten müssen ab dem 01.01.2016 ihre Teilnahme erklären. Die Formulare liegen dem Rundschreiben bei und stehen auf der Homepage der KV Berlin zum Download bereit. Die Teilnahme an dem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig. Die vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärungen sind dann an die TK zu senden:

per Fax: 040 – 288085-598 oder
per Post: Techniker Krankenkasse
Stichwort " 73c"
22291 Hamburg

Die Verträge können Sie auf der Homepage der KV Berlin www.kvberlin.de unter *Verträge und Recht* finden.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

**Achtung:
Nur TK**

**Ab
01.01.2016:
Einführung
einer
Teilnahme-
erklärung
der Versi-
cherten**

 **31003-999**

Besondere ambulante ärztliche Versorgung



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Sie daran teilnehmen können.

Mehr als der Standard

Die Techniker Krankenkasse bietet Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit der TK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geschlossen.

Die ambulante Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

Mehr Qualität

Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte, welche im Vertrag geregelt sind. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver. Über die Inhalte bzw. vertraglichen Leistungen informiert Sie Ihr Arzt.

Hochwertige Behandlung

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert.

Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Ärzte einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Die TK hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

Qualitätssicherung durch die TK

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Um die Erfüllung des besonderen Versorgungsangebotes durch die Fachärzte zu prüfen, behält sich die TK die Möglichkeit der Einsicht in die Abrechnungsdaten vor. Falls Ihre Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

Ihre Meinung zählt!

Um fortwährend die Behandlungsqualität unserer besonderen Versorgungsangebote beurteilen zu können, führen wir regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und unter www.tk.de.

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

per Telefax an: **040 - 28 80 85-598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort „73c“
22291 Hamburg

Vertragsnummer: 300001

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

Ja, ich möchte an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Techniker Krankenkasse übermittelt.

Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Einwilligung in die Arztbindung

Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die TK behält sich die Möglichkeit vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden. Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

So können Sie teilnehmen

Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung widerrufen werden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Ort, Datum

Stempel der ärztlichen Einrichtung

Unterschrift TK-Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt

Besondere ambulante ärztliche Versorgung



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Sie daran teilnehmen können.

Mehr als der Standard

Die Techniker Krankenkasse bietet Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit der TK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geschlossen.

Die ambulante Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

Mehr Qualität

Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte, welche im Vertrag geregelt sind. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver. Über die Inhalte bzw. vertraglichen Leistungen informiert Sie Ihr Arzt.

Hochwertige Behandlung

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert.

Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Ärzte einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Die TK hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

Qualitätssicherung durch die TK

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Um die Erfüllung des besonderen Versorgungsangebotes durch die Fachärzte zu prüfen, behält sich die TK die Möglichkeit der Einsicht in die Abrechnungsdaten vor. Falls Ihre Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

Ihre Meinung zählt!

Um fortwährend die Behandlungsqualität unserer besonderen Versorgungsangebote beurteilen zu können, führen wir regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und unter www.tk.de.

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

per Telefax an: **040 - 28 80 85-598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort „73c“
22291 Hamburg

Vertragsnummer: 3000002

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

Ja, ich möchte an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Techniker Krankenkasse übermittelt.

Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Einwilligung in die Arztbindung

Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die TK behält sich die Möglichkeit vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden. Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

So können Sie teilnehmen

Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung widerrufen werden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Stempel der ärztlichen Einrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift TK-Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt