

**Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V über
die Durchführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung (J2)
im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

VKZ: 121 A12 TK4 97

zwischen der

Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination

vertreten durch die

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

und der

BVKJ-Service GmbH

Mielenforster Str. 4, 51069 Köln

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Grundsätze
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Versorgungsauftrag
- § 4 Teilnahme der Versicherten
- § 5 Teilnahme der Ärzte
- § 6 Vergütung und Abrechnung
- § 7 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung und der KVen
- § 8 Vertragsausschuss
- § 9 Datenschutz
- § 10 Salvatorische Klausel
- § 11 Schlussbestimmungen
- § 12 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Gesundheits-Checkheft für Kinder- und Jugendliche - J2
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter
- Anlage 3 Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen jeden Geschlechts gleichermaßen.

Präambel

Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte übernehmen die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Deren medizinische Versorgung stellt zentrale Weichen für die gesundheitliche Entwicklung mit Auswirkungen bis in das fortgeschrittene Erwachsenenalter hinein. Die Qualität der medizinischen Versorgung soll durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Jugendliche erhöht werden. Ziel ist es dabei, die Entwicklung von Jugendlichen in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsdefizite, -verzögerungen oder -störungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen frühestmöglich entgegen wirken zu können. Durch diesen Vertrag wird ein die Regelversorgung ergänzendes Versorgungsangebot der Techniker Krankenkasse für ihre jungen Versicherten geschaffen.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der TK, der AG Vertragskoordination und der BVKJ-Service GmbH vom 01.07.2010 i.d.F. des 3. Nachtrages vom 01.10.2023 ersetzt und nunmehr auf § 140a Abs 1. Satz 4 SGB V gestützt wird. Die im Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin vereinbarten Inhalte und Vergütungen werden ohne Anpassungen fortgeführt.

§ 1 Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag regelt im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Zusatzleistungen im Rahmen der Früherkennung für Versicherte der TK.
- (2) Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte sowie Haus- und Fachärzte nach § 5 wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Jugendlichen achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.
- (3) Gegenstand dieses Vertrages sind Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der TK, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (2) Für Ärzte und Versicherte, die bereits am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der TK, der AG Vertragskoordinierung und der BVKJ-Service GmbH teilnehmen, ist keine erneute Einschreibung in diesen Vertrag erforderlich.

§ 3 Versorgungsauftrag

- (1) Teilnehmende Versicherte nach § 2 Abs. 1 dieses Vertrages erhalten in der definierten Altersgrenze einmalig folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchung unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ) definierten Inhalte:

		Ziele und Schwerpunkte
J 2	16 bis 17 Jahre	<ul style="list-style-type: none">⇒ Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes⇒ Körperhaltung und Fitness⇒ Sozialisations- und Verhaltensstörungen⇒ Entwicklung der Sexualität⇒ Medienverhalten⇒ Umgang mit Drogen

- (2) Im Rahmen der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung.
- (3) Die Untersuchung ist im Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche (Anlage 1) des BVKJ schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren. Das Gesundheits-Checkheft wird den teilnehmenden Arztpraxen von der BVKJ-Service GmbH zur Verfügung gestellt.
- (4) Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieses Vertrages durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 4 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig. Sie schränkt das Recht auf die freie Arztwahl unter den teilnehmenden Ärzten nicht ein.
- (2) Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der TK versicherten Personen von Geburt an bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Eine Vertretung des Kindes bzw. des Jugendlichen durch die Erziehungsberechtigten findet entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen statt, auch ohne dass jeweils explizit der Erziehungsberechtigte erwähnt wird. Die Regelungen nach §§ 2 und 3 sind zu beachten.
- (3) Die anspruchsberechtigten Versicherten können ihre Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 schriftlich oder elektronisch erklären. Der Versicherte kann seine Teilnahme gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V innerhalb von zwei Wochen gegenüber der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der TK erfolgen. Über den Widerruf, die Kündigung, den Arztwechsel oder einen Ausschluss des Versicherten aus diesem Vertrag und das Ende der Teilnahme des Versicherten an dem Vertrag informiert die TK den Arzt des Versicherten innerhalb von 14 Tagen. Die Teilnahmeerklärungen werden von der TK erstellt und den Arztpraxen über die BVKJ-Service GmbH und die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Download zur Verfügung gestellt. Die Teilnahmeerklärung für Versicherte nach der Neufassung dieses Vertrages ist ab dem 01.01.2025 verpflichtend zu verwenden. Die Anlage 2 kann im Einvernehmen der Vertragspartner angepasst und ausgetauscht werden.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 2. An die Teilnahmeerklärung ist der Versicherte für die Dauer der Teilnahme gebunden. Bei der Abgabe einer schriftlichen Teilnahmeerklärung übersendet der Arzt diese in der Regel innerhalb von zwei Wochen an die TK.
- (5) Eine außerordentliche Kündigung ist bei einem wichtigen Grund möglich. Der Versicherte kann diese zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel, einer Praxisschließung oder einem gestörten Arzt-Patientenverhältnis erklären. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch den Versicherten schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der TK mit Wirkung für die Zukunft möglich. Die TK bestätigt dem Versicherten die außerordentliche Kündigung und informiert den Arzt des Versicherten unmittelbar.

- (6) Die Teilnahme an diesem Vertrag kann durch die TK bei Feststellung eines Pflichtverstoßes des Versicherten außerordentlich beendet werden. Ein Pflichtverstoß liegt vor, wenn der Versicherte seine vertraglichen Pflichten trotz vorherigen schriftlichen Hinweises der TK auf die Folgen seines Pflichtverstoßes nicht wahrnimmt. In diesem Fall endet die Teilnahme zum Ende des Quartals, in dem die TK den Pflichtverstoß festgestellt und dem Versicherten mitgeteilt hat. Die TK informiert den Arzt über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag zeitnah.
- (7) Die Teilnahme der Versicherten an dem Vertrag endet:
- mit Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - mit Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der TK,
 - mit dem Zugang der außerordentlichen Kündigung nach Abs. 5,
 - mit dem Datum, zu dem die TK die Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat,
 - mit Abschluss der Leistungserbringung nach diesem Vertrag,
 - mit dem Ende des Vertrages,
 - mit dem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse,
 - mit dem Wechsel zu einem anderen Arzt,
 - oder mit Ende der Teilnahme des betreuenden Arztes.
- (8) Beim Wechsel der Versicherten zu einem nicht am Vertrag teilnehmenden Arzt besteht kein Anspruch auf Leistungen aus dem Vertrag.

§ 5 Teilnahme der Ärzte

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für den Arzt freiwillig und gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich (vgl. Muster nach Anlage 3) oder elektronisch zu erklären. Zur Teilnahme an diesem Vertrag und damit zur Durchführung der Leistungen nach § 3 sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin und die Ärzte nach Abs. 2 und 3, die sich unter Anerkennung der Bedingungen dieses Vertrages eingeschrieben haben, berechtigt. Ferner Fachärzte nach Satz 2, die die Voraussetzungen erfüllen und die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigpraxis oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ berechtigt sind, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (nachfolgend KV) Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

- (2) Zusätzlich sind zugelassene Fachärzte, die den Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin erbringen, zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt.
- (3) Zusätzlich sind Hausärzte im Sinne des § 73 Abs. 1a SGB V zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt, sofern sie jährlich den Nachweis erbringen, dass sie sich mit mindestens 6 CME-Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet haben.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die KV dem Vertragsarzt die Teilnahme schriftlich oder elektronisch bestätigt.
- (5) Die KV prüft die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag und übermittelt der KBV jährlich jeweils zum 31.07. nach dem in der technischen Anlage beschriebenen Verfahren eine maschinell verwertbare Aufstellung der Fach- und Hausärzte, die die Voraussetzungen nach § 5 erfüllen. Die KBV führt die Daten zu einer Datei zusammen und leitet diese bis spätestens 31.08. nach dem in der technischen Anlage beschriebenen Verfahren an die TK weiter.
- (6) Die TK behält sich die Möglichkeit vor, auf Anfrage die Teilnahmeerklärungen der Ärzte einzusehen.

§ 6 Vergütung und Abrechnung

- (1) Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung nach § 3 erhält der nach § 5 teilnehmende Arzt eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung:

GOP	Leistung	Vergütung
81121	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J 2	58 €

- (2) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen nach § 3 dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
- (3) Die TK behält sich im Rahmen einer Abrechnungsprüfung vor, zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzufordern oder mit der nächsten Rechnung zu verrechnen. Eine Abrechnung von Leistungen durch die Ärzte nach Ablauf von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals ist ausgeschlossen.
- (4) Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

- (5) Die Vergütungspauschale gemäß § 6 Abs. 1 ist von den teilnehmenden Ärzten über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Im Falle eines Widerrufs der Teilnahme durch die Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Teilnahmebeginn, einer Kündigung, eines Arztwechsels oder einem Ausschluss der Versicherten aus diesem Vertrag nach § 4 hat der Arzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs bzw. des Teilnehmeendes, längstens bis zu der Bekanntgabe, einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag.
- (6) Die Leistungen werden im Formblatt 3 in der Kontenart 570 erfasst und ausgewiesen.

§ 7 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung und der KVen

- (1) Die vertragsschließende AG Vertragskoordinierung setzt sich dafür ein, dass die KVen, die ihre Mitglieder sind, auf Landesebene diesen Vertrag gegen sich gelten lassen und die Aufgaben dieses Vertrages wahrnehmen. KVen können diesem Vertrag beitreten und übernehmen die im Vertrag beschriebenen Aufgaben. Die AG Vertragskoordinierung und die KVen beteiligen sich aktiv an der regelmäßigen Bewertung der Vertragsumsetzung.
- (2) Die KVen werden mit der Abrechnung besonderer Vergütungen nach diesem Vertrag beauftragt. Die KVen sind berechtigt, gegenüber den Ärzten die jeweiligen Verwaltungskosten und die Sachkostenpauschale für die Dokumentationsunterlagen (Anlage 1 - Gesundheits-Checkheft) der BVKJ-Service GmbH in Abzug zu bringen.

§ 8 Vertragsausschuss

- (1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung und Durchführung dieses Vertrages bilden die Vertragspartner einen Vertragsausschuss. Der Vertragsausschuss wird mindestens einmal im Kalenderjahr einberufen. Aufgrund besonderer Umstände oder Handlungsbedarfe ist es darüber hinaus möglich, das Gremium jederzeit auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
- (2) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere:
 - Weiterentwicklung der Vertragsinhalte einschließlich Vertragsprozesse und Entwicklung neuer Leistungen,
 - Bewertung der Vertragsumsetzung und der Routineprozesse,
 - Vertragscontrolling,

- Prüfung der Aufnahme von neuen Leistungen und Anpassung bzw. Weiterentwicklung bestehender Leistungen sowie Anhebungen der Vergütungen,
- Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit.

§ 9 Datenschutz

- (1) Die Vertragsbeteiligten verpflichten sich, in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB) für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.
- (2) Der Arzt erklärt die Zustimmung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3. Die Zustimmung der Versicherten zur Datenverarbeitung ist vom teilnehmenden Vertragsarzt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 2 einzuholen. Zur Information erhält die Versicherte die Patienteninformation (Anlage 2) mit Hinweisen zum Datenschutz.
- (3) Die Vertragspartner versichern jeweils untereinander sowie gegenüber den Versorgungspartnern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Verarbeitung der anvertrauten Patientendaten zu erfüllen.

§ 10 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 11 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten die Inhalte dieses Vertrages zur Gänze oder in Teilen durch Gesetz, Verordnung oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, so werden die entsprechenden Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam.
- (2) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages sowie alle vertragsrelevanten und wesentlichen Erklärungen und Mitteilungspflichten bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.01.2025 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung (J2) in der Fassung vom 01.07.2010 i.d.F. des 3. Nachtrages vom 01.10.2023.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner ordentlich mit einer Frist von 4 Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, erstmals jedoch zum 31.12.2025.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, bleibt hiervon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn eine gesetzliche Regelung, eine behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Anordnung / Verfügung oder eine gerichtliche Entscheidung der weiteren Umsetzung dieses Vertrages entgegenstehen.
- (4) Im Falle einer Änderung der für diesen Vertrags maßgebenden rechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Vertragspartner kurzfristig über eine mögliche Fortführung bzw. Änderung dieses Vertrages im Vertragsausschuss verständigen.

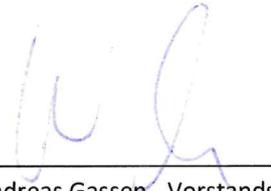
Hamburg, den 30.09.2024

i.V. H. Reichenberg

BR

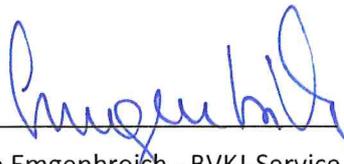
Hilja Reichenberg – Fachbereichsleitung Regionales
Stakeholdermanagement und Innovation –
Techniker Krankenkasse

Berlin, den 24.09.2024



Dr. Andreas Gassen - Vorstandsvorsitzender
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Köln, den 18.10.2024


Anke Emgenbroich - BVKJ-Service GmbH

bVKJ • Service
GmbH

J 2
16 -17
Jahre

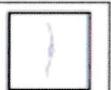
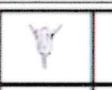
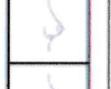
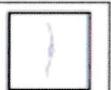
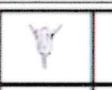
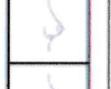
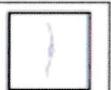
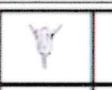
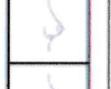
Die J2 ist eine zusätzliche Früherkennungs-Untersuchung im späten Jugendalter, um eine bessere Prävention in dieser für die Entwicklung des/der Jugendlichen so entscheidenden, aber in der medizinischen Versorgung oft vergessenen Altersstufe zu ermöglichen:

Bei der J2 mit 16 bis 17 Jahren geht es vor allem um folgende Schwerpunkte:

Erkennen und Behandlungseinleitung von

- **Pubertäts- und Sexualitätsstörungen**
- **Haltungsstörungen**
- **Kropfbildung**
- **Diabetes-Risiko**
- **Sozialisations- und Verhaltensstörungen**

Beratung bei der Berufswahl

	J 2 16 - 17 Jahre	Gesundheits- Checkheft für Kinder und Jugendliche																			
Ziel- und Schwerpunkte der Untersuchung: <ul style="list-style-type: none">• Pubertätsstörungen• Haltungstörungen• Struma• Adipositas• Risiko - Diabetes mellitus Typ 2• Metabolisches Syndrom• Sozialisationsstörungen• Verhaltensstörungen																					
Tanner-Stadien: <table border="1"><tr><td>B 1</td><td></td><td>G / PH 1</td><td></td></tr><tr><td>B 2</td><td></td><td>G / PH 2</td><td></td></tr><tr><td>B 3</td><td></td><td>G / PH 3</td><td></td></tr><tr><td>B 4</td><td></td><td>G / PH 4</td><td></td></tr><tr><td>B 5</td><td></td><td>G / PH 5</td><td></td></tr></table>	B 1		G / PH 1		B 2		G / PH 2		B 3		G / PH 3		B 4		G / PH 4		B 5		G / PH 5		Notizen:
B 1		G / PH 1																			
B 2		G / PH 2																			
B 3		G / PH 3																			
B 4		G / PH 4																			
B 5		G / PH 5																			
Ziel- und Schwerpunkte der Primärprävention: <ul style="list-style-type: none">• Bewegung/Sportförderung• Unfallprävention• Gewaltprävention• Problematischer Umgang mit Suchtmitteln in der Familie• Allergieprävention• Ernährungsberatung• Sexualität / Antikonzeption / HIV• UV-Schutz / Melanom-Prävention• Medienberatung• Partnerschaft und Familie• Beratung zur Berufswahl																					

Dieser Bogen verbleibt zur Dokumentation und Auswertung in der Praxis ihres Kinder- und Jugendarztes



J 2

16 – 17

Jahre

Patientenname, Vorname

m

w

Geschlecht

Geburtsjahr

Körpergewicht

kg

Körperlänge

cm

>90. Perz	<3. Perz	WDE
>87. Perz	<3. Perz	WDE
>87. Perz	<3. Perz	WDE

Genital-Entwicklung PH

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

G(♂) / B(♀)

Praxisstempel

--	--	--	--	--

Untersuchungsdatum

Die Eltern sind mit der Entwicklung des/der Jugendlichen zufrieden ?

ja	nein
----	------

Der/die Jugendliche ist mit seiner/ihrer Entwicklung zufrieden ?

ja	nein
----	------

Ärztliche Befunde:

	ja	wDe
Sehprüfung / Farbensehen auffällig	nd	
Hörprüfung auffällig	nd	
RR erhöht	nd	
Cholesterin erhöht	nd	
IgE-spezif. Allergie nachgewiesen		
Asthma bronchiale		
Rhinokonjunktivitis allergica		
Endogenes Ekzem		
Mundatmung/Schnarchen		
Kontaktallergie		
Acanthosis nigricans		
Struma		
Skelettsystem auffällig		
Körperliche Untersuchung auffällig		

Fragen an d. Jugendl.:

	ja	wDe
Jugendl.-Fragebogen auffällig	nd	
Schilddrüsenerkr. in der Familie		
Schulleistungsprobleme		
Besuch weiterführende Schule		
Besuch Sonder-/Förderschule		
Besuch Behinderten- / Reha-Einrichtung		
Std. körperliche Aktivität pro Tag	<1	1-3 >3
Stunden TV / PC pro Tag	<1	1-3 >3

Gesundheitsverhalten:

	ja	wBe
regelm. Medikamenteneinnahme		
Rauchen		
Alkoholkonsum		
Drogenkonsum		

Altersgemäßer Impfstatus laut STIKO-Empfehlung:

Vollständig		Varizellen gehäbteimpft	
keine Impfung		Keuchhusten aufgefrischt	

Ärztliche Bemerkungen:

Die Untersuchung ergab eine/n gesunde/n und altersgemäß entwickelte/n Jugendliche/n.

ja
nein

Erläuterung: nd = nicht durchgeführt, wDe = weitere Diagnostik erforderlich, wBe = weitere Beratung erforderlich

01.2025

Vertrag zur Früherkennungsuntersuchung (J2)

Mannheimer Jugendlichenfragebogen (MJF) für 12-16jährige zur J2

Name: _____ Alter: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Kreuze bitte an, ob die unten aufgeführten Probleme bei Dir in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Mache bitte nur ein Kreuz in jeder Zeile, setze die Kreuze nur auf die Kreise, nicht in die Zwischenräume und lass bitte keine Frage aus. Solltest Du zur Zeit Medikamente erhalten, die Dein Verhalten verändern, beantworte bitte die Fragen so, wie Du Dich verhältst, wenn Du keine Medikamente einnimmst.

Ich ...

	stimmt	stimmt nicht
1. habe Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. musste wegen Kopfschmerzen zum Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. leide unter asthmatischen Beschwerden oder einer chronischen Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. mache mir viele Sorgen über meine Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. habe manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. wache häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liege mindestens eine Stunde wach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. muss bei starker Aufregung stottern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr ins Bett gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. habe mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. habe meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. bin sehr wählerisch beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. habe ständig Angst, dick zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. habe aufgrund meines Essverhaltens mind. 7kg abgenommen und bin untergewichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. habe mindestens 10kg Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. werde manchmal wegen meines Übergewichtes geärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. habe mit meinen Eltern oft Streit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. mache, was ich will, auch wenn meine Eltern anderer Ansicht sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. wurde wegen meines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. schwänze manchmal die Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. habe starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. streite mich fast jeden Tag mit meinen Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. dabei kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien oder Drohungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. werde von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. habe Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. habe überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. prügle mich manchmal mit anderen Kindern oder Jugendlichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. wechsle häufig meine Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. bin in der Schule leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. bin bei den Hausaufgaben sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anlage 1 - Gesundheits-Checkheft für Kinder- und Jugendliche - J2

Ich ...	stimmt	stimmt nicht
31. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr ablenkbar und unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. bin in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. bin bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. bin bei Regelspielen (Karten- oder Brettspiele) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. bin im Straßenverkehr oft unvorsichtig und riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. bin beim Spielen oft vorschnell, unvorsichtig u. riskant in meinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. bin beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zu Hause oft sehr unüberlegt u. vorschnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. habe fast täglich einen Wutanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. bin ängstlich, mache mir viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. werde dann manchmal vor lauter Aufregung „krank“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.–45. habe panische Angst		
41. –vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. –allein zuhause zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. –vor fremden Menschen (z.B. bei einer Einladung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. –vor Blitz, Donner oder Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. –vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. bin schon fast übertrieben ordentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. wasche mir oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. kontrolliere bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. kaue oder reiße so stark die Fingernägel, dass es häufiger zu blutenden Verletzungen kommt oder das Nagelbett bereits teilweise frei liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. bin mindestens einmal pro Woche für mindestens drei Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. bin nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. war schon einmal mind. 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. habe schon einmal ernsthaft daran gedacht, mich umzubringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. rauche mind. 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. trinke mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. bin mehrmals pro Monat angetrunken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. habe zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30 €) gestohlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. habe schon mindestens fünfmal wertvollere Dinge entwendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. habe schon einmal mit Absicht Dinge, die mir nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. dabei ist ein Schaden von mindestens 30 € entstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. bin schon von zu Hause weggelaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. habe folgende, oben nicht genannte Probleme:		

01.2025

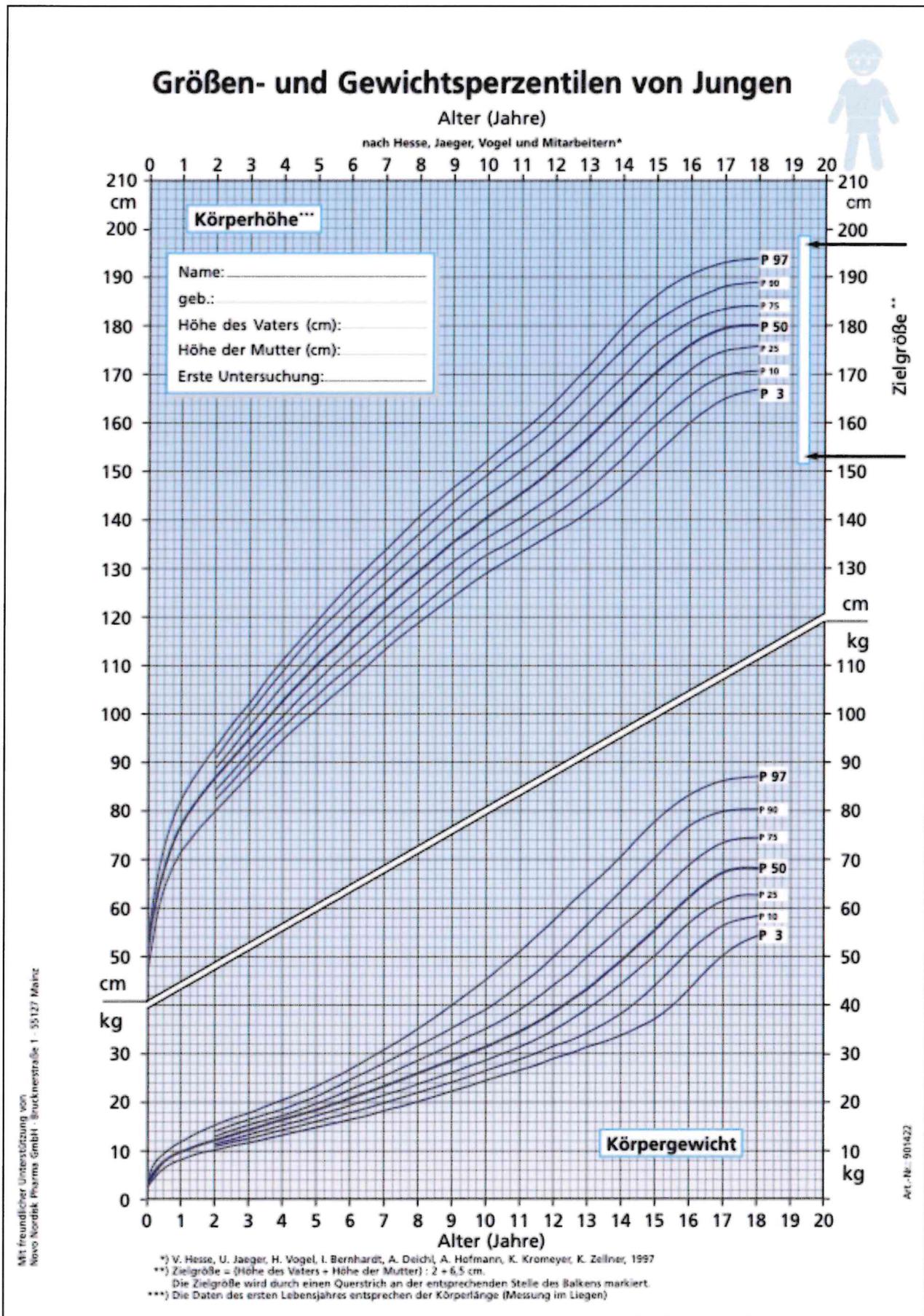
Blutdruck-Richtwerte für Kinder

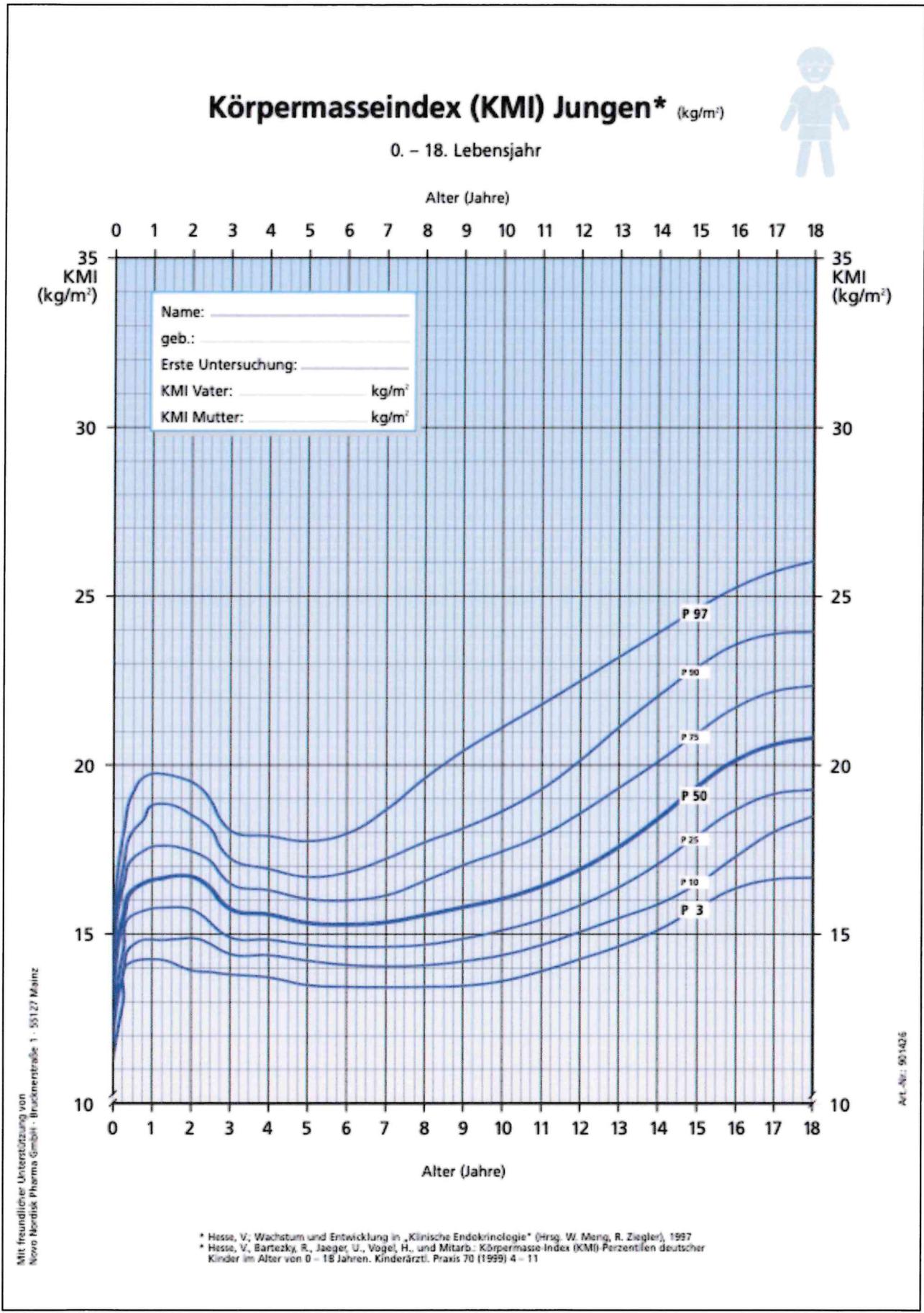
Generell wird bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer Hypertonie gestellt, wenn eine permanente Erhöhung der Blutdruckwerte über der 95er Perzentile (bezogen auf die Körpergröße) vorliegt.

Die Obergrenze für die Gelegenheitsblutdruckmessung bei europäischen Kindern und Jugendlichen nach de Man et al. [1991] wird hier in Tabellenform dargestellt. Valide Perzentilenkurven liegen leider nicht vor.

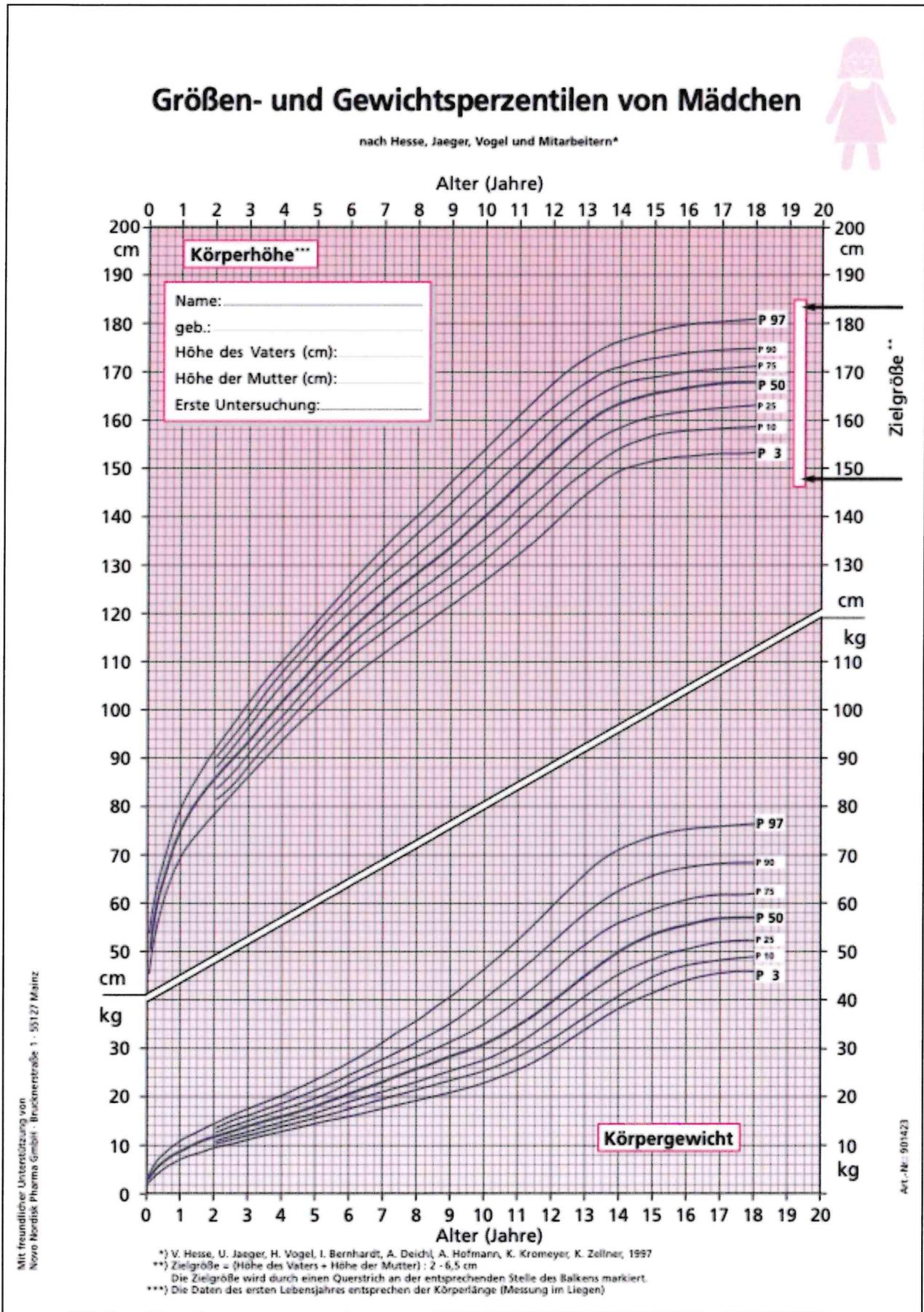
95. Perzentile der Gelegenheitsblutdruckmessung

Jungen systolisch	Jungen diastolisch	Größe cm	Mädchen systolisch	Mädchen diastolisch
114	66	95	112	66
114	70	100	112	70
114	71	105	114	70
115	72	110	114	71
119	73	115	116	72
120	73	120	119	73
121	74	125	120	74
121	74	130	124	75
125	74	135	124	75
125	75	140	125	75
126	76	145	127	76
129	78	150	131	76
132	77	155	134	76
136	78	160	136	78
142	81	165	136	80
146	81	170	136	80
148	82	175	141	82
152	84	180	150	88

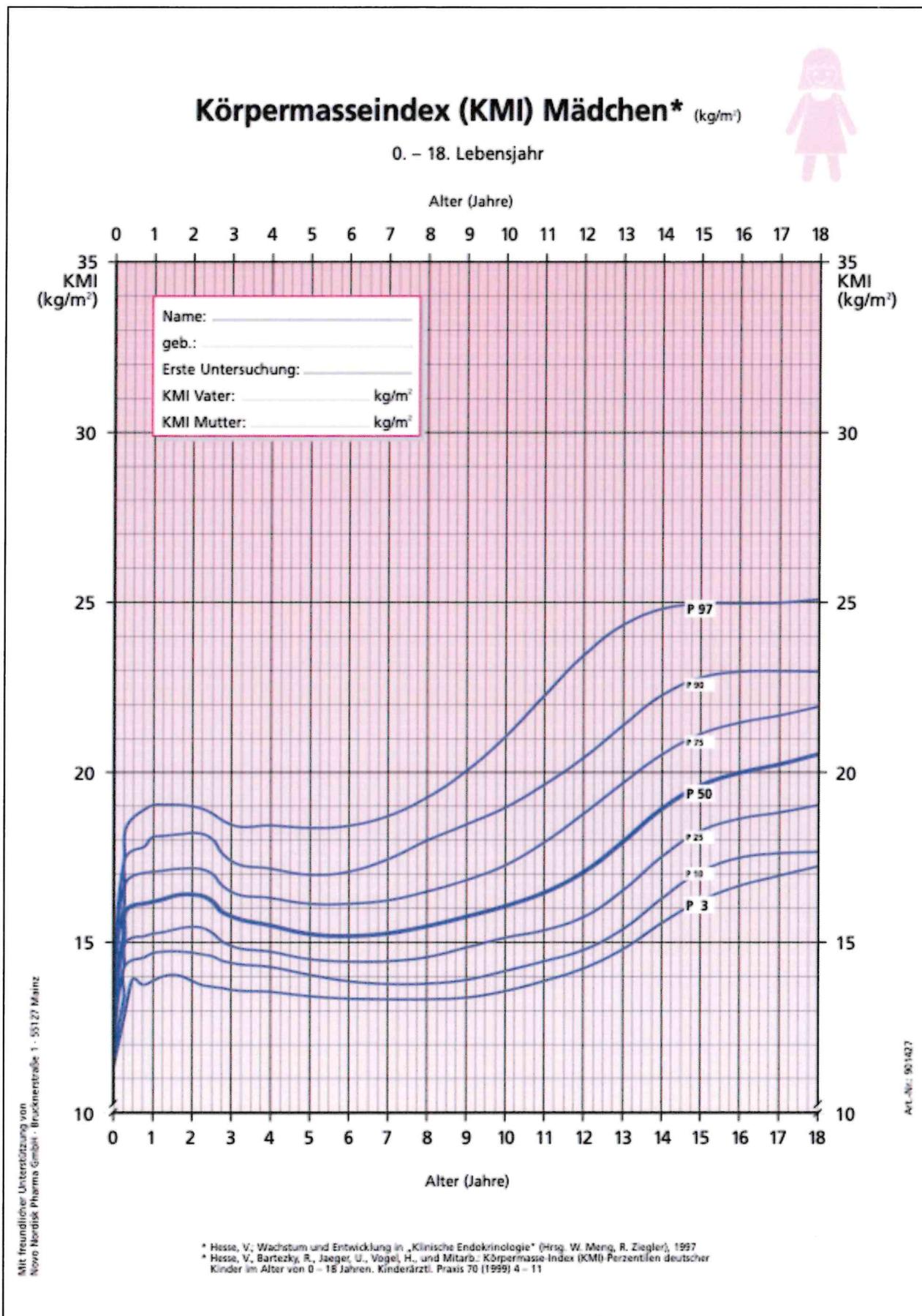




01.2025



01.2025



Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Versicherte

SV

Krankenblatt bzw. Krankentage		
Name Versicherte (bzw. Versicherten)		
Nutzenfestsetzung	Verdichtungs-Rtr	Beitrag
Betriebsstätten-Rtr	Arbeits-Rtr	Eltern
Von oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte per Post senden an:

Techniker Krankenkasse
Schriftwort "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.

TE_140a_V6_06.2022_E

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 16 Jahren 15) oder des gesetzlichen Vertreters (für ein-schließlich 14 der Versicherten oder bei dessen Betreuung)	Stempel der erlassenden Einrichtung
---	-------------------------------------

TNE

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: 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.

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.

Information zum Versorgungsangebot für TK-Versicherte



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.

Kassenärztliche Vereinigung ...

...

**Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer zusätzlichen
Früherkennungsuntersuchung (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V**

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Tätig als: **Vertragsarzt** **angestellter Arzt**
Tätig in: **Einzelpraxis** **Gemeinschaftspraxis** **MVZ**

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: _____

Fachliche Anforderungen

- Ich bin Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.
- Ich bin Facharzt/Fachärztin mit Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (Nachweis ist der KV vorzulegen).
- Ich nehme gemäß § 73 Abs. 1a SGB V als Facharzt an der hausärztlichen Versorgung teil und erbringe jährlich den Nachweis, dass ich mich mit mindestens 6 CME-Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet habe (Nachweis ist jeweils der KV vorzulegen).

Anerkennung des Vertrags

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an. Bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten kann ich von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

Stempel

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher
Leiter des MVZ

Anlage 3: Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Allgemeines

Die schriftlichen Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich an die zentrale Annahmestelle bei der Techniker Krankenkasse, Stichwort: „Besondere Versorgung“, 85820 München weiter.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung meiner für den Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die Techniker Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail datenschutz@tk.de.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der TK ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur „J2“ als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination und die TK erhalten von den Kassenärztlichen Vereinigungen ein aus den Daten erstelltes Teilnehmerverzeichnis, bestehend aus LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.