

TK-Angebot zur "Besonderen Versorgung"



Hautkrebsfrüherkennung in Thüringen

Information für Versicherte

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

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

Hautkrebs-Screening

TK-Versicherte aus Thüringen können ab 18 Jahren an einem Hautkrebs-Screening teilnehmen.

Diese Früherkennungsuntersuchung können Frauen und Männer wie folgt in Anspruch nehmen:

Zwischen 18 und 34 Lebensjahren alle 24 Monate bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologinnen bzw. Dermatologen, die an unserem Versorgungsangebot teilnehmen.

Ab 35 Jahren jedes zweite Jahr bei hausärztlich tätigen Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin, für Haut- und Geschlechtskrankheiten, bei Dermatologinnen bzw. Dermatologen, Internistinnen bzw. Internisten und praktischen Ärztinnen bzw. Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

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.

Mehr als der Standard

Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt hat mit der Techniker Krankenkasse eine vertragliche Regelung im Rahmen der "Besonderen Versorgung" geschlossen. Die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Für die Untersuchung entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Arztpraxis beauftragt eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung. Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle

übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle 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, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. 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 Untersuchung an die Arztpraxis gebunden. 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.

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, E-Mail) zuzusenden.

Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen.

Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Dies hat zur Folge, dass Sie diese Vorsorgeleistung nicht weiter in Anspruch nehmen können.

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 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 - 46 06 62 62 79**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort "HKS"
22291 Hamburg



Vertragsnummer: 393001

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Hautkrebsfrüherkennung in Thüringen

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 umseitigen "Information für Versicherte" wird das Untersuchungsende näher erläutert.

Ich bin mit dem Inhalt der "Information für Versicherte" 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

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Arztpraxis die Daten

Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an die mit der Abrechnung beauftragte

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

übermittelt.

Widerrufsmöglichkeiten

Ich kann meine Teilnahme beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufe.

Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die TK 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 widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch.

Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an der Versorgung teilnehmen kann.

<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter</p>	<p>Stempel der Arztpraxis</p>
---	-------------------------------