

# TK-Angebot zur "Besonderen Versorgung"



## Früherkennung für Jugendliche - J2

### Information für Versicherte der Techniker Krankenkasse

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

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

#### **Früherkennung für Jugendliche - Ihr zusätzlicher Anspruch**

Die Untersuchung erfolgt im Alter von 16 bis 17 Jahren.

Diese Untersuchung ist ein besonderes Leistungsangebot der TK. Die J2 umfasst eine differenzierte Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte und eine klinisch-körperliche Untersuchung.

Bei dieser letzten Vorsorgeuntersuchung im Jugendalter achtet der Arzt vor allem auf Sozialisations- und Verhaltensstörungen sowie auf Pubertäts- und Sexualitätsstörungen und leitet gegebenenfalls eine geeignete Behandlung ein.

Für die Untersuchung entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

Weitere Inhalte der Untersuchung und Vorbeugung sind zum Beispiel:

- Körperhaltung und Fitness
- Erkennen von medizinischen Risiken
- Überprüfung des Impfstatus
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen
- Beratung bei der Berufswahl

#### **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 Ihrer Daten an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister 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 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 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 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 die Früherkennung für 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 **2010236** 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 "J2"  
22291 Hamburg



**Wichtiger HINWEIS: Für Vertrag TransFIT (599004) bitte andere Teilnahmeerklärung verwenden!**

**Vertragsnummer: 300002**

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung für die zusätzliche Früherkennungsuntersuchung J2

### 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 bin mit der im Informationsblatt, im Abschnitt "Umgang mit Ihren Daten" beschriebenen Verarbeitung meiner Daten 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 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 Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

### 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; 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). 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 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
--	---------------------