

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte Original senden an:
Zentrum für Telemedizin e.V.
Münchener Str. 5
97688 Bad Kissingen



599081

INSPIRE PNR+ ParkinsonNetz
Rhein-Main

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.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an die Techniker Krankenkasse übermittelt: Zentrum für Telemedizin e.V., Münchener Str. 5, 97688 Bad Kissingen. Die Techniker Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten von den beteiligten Ärzten und Therapeuten gemeinsam dokumentiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation einsehen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in einer medizinischen Fall-Akte dokumentiert werden.

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

Ich bin damit einverstanden, dass die Techniker Krankenkasse zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung meiner Versorgung auch meine bereits gespeicherten notwendigen Routinedaten (vgl. Konkretisierung in der Versicherteninformation) pseudonymisiert an die auswertende Stelle (vgl. Konkretisierung in der Versicherteninformation) übermittelt und diese dort verarbeitet werden. Dies gilt auch für den Fall eines etwaigen Widerrufs der Teilnahme.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnehmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: Zentrum für Telemedizin e.V., Münchener Str. 5, 97688 Bad Kissingen.

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.

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)	Stempel der medizinischen Einrichtung
--	---------------------------------------

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: datenschutz@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.

Datenverarbeitung zur Dokumentation medizinischer Daten / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle Beteiligten gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Wir von der Techniker Krankenkasse haben keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Datenverarbeitung Ihrer Informationen zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an die Techniker Krankenkasse. Die Techniker Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten, Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an die genannte Einrichtung zurück. Anschließend informiert die Einrichtung die Leistungserbringer.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung für Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

Zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung dieser Versorgung ist es nach § 92 a Abs. 1 Satz 3 SGB V notwendig, dass die Techniker Krankenkasse auch bereits gespeicherte Daten über Ihren Gesundheitszustand, nämlich die im Abschnitt „Umgang mit Ihren Daten“ aufgeführten Daten, pseudonymisiert an die Vertrauensstelle Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz, Rhabanusstr. 3/ Tower A, 55118 Mainz übermittelt. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Schlüssel anstelle eines Namens, einer Versichertennummer oder eines anderen Identifikationsmerkmals für jede Person hinterlegt wird und nur dieser Schlüssel an die genannte Stelle übermittelt wird. Diese kann bei der Auswertung also keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen. Die Vertrauensstelle verknüpft die übermittelten Daten mit den Daten aus der aktuellen Versorgung (Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie ggf. Befragungsergebnisse) und übermittelt diese insgesamt an das evaluierende Institut Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen Institut für Management, Ökonomie und Versorgung im Gesundheitsbereich (IMÖVG), Ernst-Boehe-Straße 4, 67059 Ludwigshafen.

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.



INSPIRE PNRM+: Koordinierte Behandlung im Parkinsonnetz Rhein-Main

Dieses Therapieprogramm erleichtert die Koordinierung Ihrer Behandlung, da Ihre Pflegefachkraft Ihre Behandlung digital über eine Dokumentations-Plattform mit den Ärzt:innen abstimmen kann. Sie bekommen so noch schneller die Behandlung, die Sie brauchen.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Parkinson-Syndrom
- Therapien: neue Versorgungsform durch spezifische, telemedizinisch gestützte Therapie im spezialisierten Netzwerk und mit Funktion einer Advanced Practice Nurse (APN)
- Behandlungsregion: Rheinland-Pfalz, Hessen
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

Details zur Behandlung

Eine speziell ausgebildete Pflegefachkraft, auch Advanced Practise Nurse (APN) genannt, wird sich um Sie kümmern. Diese Person wird Sie in Ihrem Wohnumfeld besuchen und dann anhand Ihrer Krankheitssituation einen Behandlungs- und Versorgungsplan erstellen. Dieser Plan wird mit Ihren Fachärzt:innen abgestimmt und in engem Austausch mit Ihnen regelmäßig ausgewertet und angepasst.

Die APNs sollen im weiteren Verlauf notwendige Behandlungsmaßnahmen anregen und koordinieren. Dabei orientieren sie sich an klinischen Leitlinien und Standards. Die Parkinson-Patient:innen werden so bedarfsorientiert betreut. Die beteiligten Leistungserbringer dokumentieren und kommunizieren die zum Behandlungsfortschritt notwendigen Informationen auf einer geschützten, digitalen Plattform.

Dieses neue Versorgungskonzept wird innerhalb einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt und ausgewertet. Für diese Studie werden nach Zufallsprinzip 2 Gruppen ausgewählt, um mögliche Unterschiede durch die neue Versorgungsform festzustellen. Das Verfahren nennt sich Randomisierung. So lassen sich die Effekte der besonderen Versorgungsleistungen wissenschaftlich überprüfen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Sie erhalten eine intensive Betreuung durch eine Advanced Practice Nurse (Pflegefachkraft).
- Sie bekommen einen bedarfsgerecht abgestimmten Behandlungs- und Versorgungsplan.
- Es besteht ein regelmäßiger telekommunikativer Austausch mit der Advanced Practice Nurse (Pflegefachkraft).
- Ihr persönlicher Therapieplan wird auf Ihre Bedürfnisse angepasst.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Klinik oder Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzt:innen, Kliniken und Therapie-Einrichtungen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss der 12 Monate Studiendauer und dem Abschluss-Hausbesuch der Pflegefachkraft.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Details zur Studie

Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Dazu werden folgende Daten verwendet, die uns bereits zu Ihrem Gesundheitszustand vorliegen oder während Ihrer Teilnahme am Programm erhoben werden:

- allgemeine personenbezogene Daten
- Daten aus Diagnostik und Befunden
- Daten aus Fragebögen
- Routedaten der Techniker Krankenkasse

So nehmen Sie Kontakt auf

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Franziska Beyer
Universitätsmedizin Mainz

Tel. 061 31 - 17 78 38
Mo. - Fr. 7.30 - 15.30 Uhr

inspire-info@parkinsonnetzwerk.de

Fragen zum Behandlungsangebot

Unser Team vom TK-PatientenService berät Sie gern:

Tel. 040 - 46 06 62 01 70
Mo. - Do. 8 - 18 Uhr
Fr. 8 - 16 Uhr