

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 per Post zu senden an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort "Besondere Versorgung"  
85820 München



### 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 Vertragsärzte informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte 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 Ärzte gebunden. In der "Versicherteninformation zum Versorgungsangebot für TK-Versicherte" wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung" und der "Versicherteninformation zum Versorgungsangebot für TK-Versicherte" einverstanden.**

**Widerrufsmöglichkeiten:** Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder mündlich 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 "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der "Teilnahme- und Datenschutzinformation 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.

Mir ist bekannt, dass eine gleichzeitige Teilnahme an der Diabetes-Begleiterkrankungen-Versorgung nicht möglich ist. Meine Teilnahme an dieser Hypertonie-Versorgung endet zudem, wenn sich während meiner Teilnahme ein Diabetes mellitus neu manifestiert. Ich habe dann die Möglichkeit, an der Diabetes-Begleiterkrankungen-Versorgung teilzunehmen.

### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

#### Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der in der "Teilnahme- und Datenschutzinformation 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 (vgl. die in der "Teilnahme- und Datenschutzinformation zur Besonderen Versorgung" genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. die genannten 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 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
--	---------------------------------------