DEUTSCHER BERUFSVERBAND DER HALS-NASEN-OHRENÄRZTE E.V.

Versorgungsvertrag zur besonderen Versorgung mit Therapieallergenen zur spezifischen Immuntherapie - AllergoOne

Liebe Patienten,

*Versicherte der **Techniker Krankenkasse** können das besondere Behandlungsangebot für Menschen mit Allergien nutzen und erhalten eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung in besonderen Therapiesituationen.*

*Vereinbaren Sie am besten bald einen Termin bei uns. Um das besondere Behandlungsangebot durchführen zu können, ist es notwendig, dass Sie sich **vorher** in den Versorgungsvertrag **einschreiben**. Dafür müssen Sie nur den untenstehenden QR-Code scannen und Ihre Daten eintragen und der Teilnahme elektronisch zustimmen.*

Scanne mich!

oder

Einschreibungslink:

https://sanakey.link/9YCKWHDPNC

Für die Praxis von:
Dr. med. Kai Wonneberger

LANR / BSNR:
201151019 / 281395600

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 zu Datenverarbeitung

zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung mit Therapieallergenen zur spezifischen Immuntherapie nach § 140a SGB V (AllergoOne)“
(Vertragskennzeichen: 121A12TK506)

https://sanakey.link/9YCKWHDPNC

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 meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner 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'' 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 meine Krankenkasse übermittelt: Sanakey Contract GmbH, Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin. Die Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragte/-n Einrichtung/-en übermitteln: Sanakey Contract GmbH, Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. 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 Versorgungs-angebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum:

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Vertragsarzt Stempel

Versicherteninformation zur besonderen Versorgung mit Therapieallergenen zur spezifischen Immuntherapie – AllergoOne

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, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse. Sie finden beigefügt eine Liste mit den Kontaktdaten der an dieser besonderen Versorgung beteiligten Krankenkassen.

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 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 Ihrer Krankenkasse 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 den Datenschutzbeauftragten postalisch 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 Str. 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 und Diagnosen nach ICD 10).Weitere Behandlungsdaten wie Arzneimittelverordnungen, Verlaufsdaten sowie Befunde werden ausschließlich pseudonymisiert erhoben und lassen keinen Rückschluss auf die Person zu.

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 Ihrer 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.

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 Ihre Krankenkasse. Diese 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 von Teilnahmedaten für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister
Zur Vermeidung von Problemen bei der Abrechnung informiert der Leistungserbringer oder der Abrechnungsdienstleister uns über Ihre Einschreibung und Ihre Teilnahmedaten. Ihre Krankenkasse melden das Ergebnis unserer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus) an den Abrechnungsdienstleister oder den Leistungserbringer.

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.

Besondere Versorgung mit Therapieallergenen zur spezifischen Immuntherapie - AllergoOne

Unser besonderes Behandlungsangebot für Menschen mit Allergien.
So bekommen Sie eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung in besonderen Therapiesituationen.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Allergien
- Therapien: Therapieallergene (TA) zur spezifischen Immuntherapie (AIT)
- Behandlungsregion: Bundesweit
- Zugangsmöglichkeit: Bundesweit - Es können alle Versicherten der TK mit gesicherter Diagnose Allergie gegen Baumpollen (Erle, Bike, Hasel), Gräserpollen, (Hausstaub-)Milbe oder Bienen-/Wespengift, die einer spezifischen Immuntherapie bedürfen, teilnehmen.

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

Details zur Behandlung

Wir haben uns das Ziel gesetzt, die Versorgung unserer Versicherten mit Allergien, die einer AIT bedürfen, nachhaltig zu verbessern. Für diese soll eine besondere Behandlung ermöglicht werden. Dafür haben wir mit folgenden vier Berufsverbänden:

- Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
- Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V. (BVHNO)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)
- Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V. (BDP)

ein besonderes Leistungspaket vereinbart.

Ziel ist es, unseren Versicherten besondere medizinische Leistungen zur Verfügung zu stellen, medizinisch unnötige Leistungen zu vermeiden und eine Optimierung der Behandlungsabläufe sicherzustellen. Für die an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Versicherten soll die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement gestärkt und die Versorgung erlebbar verbessert werden. Durch eine individuell auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte AIT mit TA kann die Allergiesymptomatik nachhaltig verringert werden und Sie können Ihren Alltag besser bewältigen.

Für die Behandlung von Allergien im Rahmen der AIT mit TA haben wir spezielle Therapieziele vereinbart. Sie werden ausführlich darüber aufgeklärt und erhalten eine qualitätsgesicherte fachärztliche Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie einen individuellen Behandlungsplan mit Ihren speziellen Zielen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Sie profitieren gleich mehrfach von dem Versorgungsangebot:

- Sie werden von Spezialisten behandelt.
- Ihre Behandlung wird genau auf Sie und Ihre Erkrankung abgestimmt. Dabei werden Ihre individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände berücksichtigt und Sie erhalten eine optimierte Therapie.
- Eine konsequente Therapietreue ist entscheidend für den nachhaltigen Erfolg der AIT. Deshalb unterstützen Sie Ihre Ärzt:innen gezielt dabei, die Therapie zuverlässig im Alltag einzuhalten – etwa durch individuell angepasste Maßnahmen.
- Sie erhalten besondere Unterstützung, etwa beim Umgang mit relevanten Allergenen im Alltag – z.B. bei Pollenexposition, Abklärung weiterer Erkrankungen, Abfrage Ihrer persönlichen Lebensqualität u.v.m.
- Ihre Ärzte betreuen Sie umfassend und haben etwaige Neben- oder Wechselwirkungen der bei Ihnen eingesetzten Arzneimittel immer im Blick.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch mit der am Vertrag teilnehmenden Ärztin bzw. dem am Vertrag teilnehmenden Arzt unter- schreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück.

Hinweis für Eltern bzw. gesetzliche Vertreter:innen:
Diese Patienteninformation richtet sich auch an Kinder und Jugendliche. Da Minderjährige in der Regel nicht selbst rechtsverbindlich in Verträge einwilligen können, ist diese Information durch die Eltern bzw. die gesetzliche Vertretung zur Kenntnis zu nehmen. Bitte lesen Sie die Informationen sorgfältig durch und entscheiden Sie im Interesse Ihres Kindes/Jugendlichen über eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzt:innen sowie Therapieeinrichtungen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss Ihrer Behandlung.

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