

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| Kostenträgerkennung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Versicherten-Nr. | Status |  |  |  |  |  |  |  |
| Betriebsstätten-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Arzt-Nr.         | Datum  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vom oben stehenden Datum<br>abweichender Behandlungsbeginn <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |                  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |        |  |  |  |  |  |  |  |

# Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

- Original verbleibt beim Arzt
- Kopie** zur Weiterleitung innerhalb von 10 Kalendertagen per **Fax 030 - 259 386 14 99** oder Datei-Upload unter **herodikos.de/plus-upload**
  - Kopie** für Versicherten



|                                                                                                                                                              |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 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](mailto: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](http://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](mailto: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](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto: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.

### 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 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, Teilnahmezustand 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. Wir von der Techniker melden das Ergebnis unserer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmezustand) 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](http://tk.de).



# Individuelle Knie- und Rückenschmerztherapie mit der Herodikos-App

Ihre ärztliche Praxis bietet Ihnen bei Knie- oder Rückenschmerzen eine personalisierte, app-gestützte Bewegungstherapie.

## Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Knie- und Rückenschmerzen
- Therapien: Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren
- Behandlungsregion: bundesweit (außer Schleswig-Holstein)
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit (außer Schleswig-Holstein)

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

## Details zur Behandlung

Damit Sie bald wieder gesund sind, stellt das TK-Angebot eine unmittelbar verfügbare, individuell auf Sie abgestimmte Therapie dar.

Am Anfang werden Sie detailliert untersucht und durchlaufen eine funktionelle Bewegungstestung per Video-Telefonie. Auf Basis der Test- und Untersuchungsergebnisse erstellt Ihr Physiotherapeut oder Ihre Physiotherapeutin einen individuellen Bewegungstherapieplan, der Kraft- und Mobilisierungsübungen, Entspannungsübungen und Alltagsbewegungen enthalten kann.

Gleich nach dem Erstgespräch können Sie Ihren persönlichen Therapieplan in der Herodikos-App aufrufen. Die App führt Sie mit einfachen Video- und Sprachanleitungen durch Ihre Module, zeigt Ihren Fortschritt an und erinnert Sie, wann es Zeit für Ihr Training ist. Sollte es Probleme geben, kann Ihre Therapeut:in den Therapieplan jederzeit anpassen.

## Ihre Vorteile auf einen Blick

- ausführliches Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt zu Ihrer Krankheitsgeschichte
- Untersuchung und funktionelle Bewegungstestung per Video-Gespräch mit einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten
- Übungen bequem auf dem Smartphone, Tablet, PC oder Smart TV durchführen - wann und wo Sie wollen
- jederzeit anpassbarer Therapieplan
- zeitnahe Terminvereinbarung, Therapie startet unmittelbar
- enge Weiterbetreuung

## So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung".

### **Bindungsfrist**

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden ärztliche Praxen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss des Bewegungstherapieprogramms.

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

### **So nehmen Sie Kontakt auf**

Besuchen Sie <https://www.herodikos.de/plus>. Unten auf der Seite finden Sie eine Karte mit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und einen Link zur Teilnahme über eine Tele-Sprechstunde.

### **Herodikos GmbH c/o Zukunft.unternehmen GmbH**

August-Hanken-Str. 24  
26125 Oldenburg

Tel. +49 (0)4451 859 96 57

[www.herodikos.de](http://www.herodikos.de)  
[support@herodikos.de](mailto:support@herodikos.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