

PATIENTENINFORMATION

zur Teilnahme und zum Datenschutz

**Besondere Versorgung bei chronischen Kopfschmerzen gemäß § 140a SGB V
(IKK Kopfschmerz)**

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot „IKK Kopfschmerz“ interessieren. Erfahren Sie mehr zu den Leistungen dieser Versorgung, der Teilnahme und dem Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

Diese Leistungen erwarten Sie

Die Thieme TeleCare GmbH bietet ein digitales Versorgungsangebot, welches Ihnen eine appbasierte Unterstützung bei der Behandlung Ihrer chronischen Kopfschmerzen ermöglicht. Ein Team aus Fachärzten für chronische Kopfschmerzen ermittelt zusammen mit Ihrem persönlichen Coach das optimale Unterstützungsprogramm für die Behandlung Ihrer individuellen Erkrankungssituation. Durch Ihre Teilnahme profitieren Sie von folgenden Vorteilen:

- fachübergreifende Zusammenarbeit zur Entwicklung eines individuellen Unterstützungsprogramms
- Betreuung durch einen persönlichen Coach. Der Kontakt findet telefonisch oder im Rahmen der App statt.
- Einbeziehung Ihres behandelnden Arztes durch Erstellung eines Arztberichtes nach Ende der Behandlung
- Medikationsmanagement
- Dateiablage und -austausch

So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen

Sie erklären Ihre **freiwillige** Teilnahme durch Ihre Unterschrift bzw. durch einen gesetzlichen Vertreter auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung und endet mit dem Behandlungsende (im Regelfall nach Ablauf eines Jahres, bei Notwendigkeit einer Verlängerung nach zwei Jahren). Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für Sie kostenfrei.

Ihr Widerrufs- und Kündigungsrecht

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen **widerrufen**. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die IKK classic Ihnen eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Eine Kündigung vor Ablauf des vertraglich vereinbarten Teilnahmeendes kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der IKK classic erfolgen. Bitte beachten Sie, dass Sie dann mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie selbstverständlich weiterhin die im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) – SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung – beschriebenen Leistungen beanspruchen. Ihren Widerruf oder ihre Kündigung richten Sie bitte an:

IKK classic,
Besondere Versorgung,
Albrecht-Thaer-Straße 36-38,
48147 Münster

Ihre Unterstützung ist uns wichtig!

Wir möchten, dass für Sie ein optimales Behandlungsergebnis erreicht wird. Dafür ist Ihre aktive Mitwirkung wichtig. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung des ärztlichen Rates. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden. Bei nicht abgestimmter Inanspruchnahme weiterer Ärzte für **diese** Behandlung können Sie von dieser besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Das gilt ausdrücklich nicht für etwaige Notfälle, insbesondere bei einer persönlichen Gefährdungssituation, in der die Inanspruchnahme eines ärztlichen Notdienstes zwingend erforderlich ist.

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Für die qualitätsgesicherte Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass bestimmte Daten von Ihnen erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und im Sozialgesetzbuch geltenden Regelungen zum Datenschutz – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Ohne Ihre Einwilligung kann eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht erfolgen.

Daten bei Ihrem behandelnden Arzt

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt vorhanden sind, werden nur von dem teilnehmenden Arzt und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die vom Arzt gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Die IKK classic hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinischen Behandlungsdaten.

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den am Vertrag teilnehmenden Ärzten, Psychotherapeuten, der Thieme TeleCare GmbH und Ihrem behandelnden Arzt notwendig. Durch Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme an diesem Vertrag sowie ärztliche Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte, Therapeuten und anderen Leistungserbringern von ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der ärztlichen Befunde sowie die Weiterleitung an die IKK classic und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Abrechnung der nach dieser besonderen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt durch die Thieme TeleCare GmbH, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart. Die zur Abrechnung erforderlichen Daten werden auf elektronischem Wege übermittelt. Eine datenschutzkonforme Abrechnung wird sichergestellt. Bei den übermittelten Daten handelt es sich um Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert. Sie können jederzeit Auskunft über die im Rahmen der besonderen Versorgung zu Ihrer Person gespeicherten Daten bzw. Einsicht in Ihre Behandlungsakte bei Ihrem behandelnden Arzt erhalten.

Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Zur Qualitätssicherung und ist es vorgesehen, dass bestimmte Daten in pseudonymisierter Form, d. h. ohne dass ein direkter Rückschluss auf Sie persönlich möglich ist, zu wissenschaftlichen Zwecken durch die Thieme TeleCare GmbH ausgewertet werden. Das Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungssituation unserer Versicherten. Es erfolgt eine ausschließlich wissenschaftliche Nutzung für folgende Daten Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert sowie Wartezeiten und ggf. auftretenden Komplikationen. Ein Bezug zu der Person sowie jede weitere Nutzung dieser Daten sind ausgeschlossen. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

Die zu diesem Zweck erhobenen Daten bedürfen einer gesonderten Einwilligung von Ihnen auf der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie einer Datenverarbeitung zur Qualitätssicherung nicht zustimmen möchten, hat das keinen Einfluss auf Ihre Teilnahme. Selbstverständlich können Sie unser Versorgungsangebot trotzdem nutzen.

Patientenbefragung

Für die IKK classic ist es wichtig, Ihre Meinung zu diesem besonderen Versorgungsangebot zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in die Verbesserung der besonderen Versorgung mit einzubringen. Zu diesem Zwecke werden Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift) an die Thieme TeleCare GmbH übermittelt, damit diese Sie über Ihre Zufriedenheit schriftlich befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

Damit wir Ihre Daten zur Patientenbefragung nutzen dürfen, ist eine gesonderte Einwilligung von Ihnen auf der Teilnahmeerklärung erforderlich. Wenn Sie nicht zustimmen möchten, hat das keinen Einfluss auf Ihre Teilnahme. Unser Versorgungsangebot können Sie unabhängig davon nutzen.

Daten bei Ihrer IKK classic

Durch die besondere Versorgung möchte die IKK classic eine bessere Versorgung gemeinsam mit der Thieme TeleCare GmbH anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt die IKK classic Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten).

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V bei der IKK classic erhoben und gespeichert. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend, spätestens 10 Jahre nach Beendigung der Teilnahme, gelöscht. Sie haben das Recht auf

- Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Hierzu können Sie sich an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de, wenden.

Verantwortlicher

IKK classic, – Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tannenstraße 4b,
01099 Dresden,
vorstand@ikk-classic.de

Datenschutzbeauftragter

IKK classic,
Tannenstraße 4b,
01099 Dresden,
datenschutz@ikk-classic.de

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
IKK classic		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
107202793		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Besondere Versorgung bei chronischem Kopfschmerz gemäß § 140a SGB V („IKK Kopfschmerz“)

Vertragskennzeichen: 120A1561021

Ich möchte an der besonderen Versorgung IKK Kopfschmerz teilnehmen und erkläre hiermit, dass ich

- gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte,
- bei der IKK classic versichert bin,
- über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt wurde,
- die mir ausgehändigte „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ gelesen, verstanden habe und damit einverstanden bin,
- Gelegenheit hatte meinem u. g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden und
- unverzüglich die IKK classic informiere, wenn sich Änderungen zu meinen Angaben wie beispielsweise Wohnortwechsel ergeben.

Ich wurde informiert darüber, dass

- die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung freiwillig ist, mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung beginnt und für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen,
- ich innerhalb von 14 Tagen nach Abgabe diese Erklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann und im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist,
- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und die Teilnahme mit dem Ende der Behandlung (im Regelfall nach einem Jahr, bei Notwendigkeit einer Verlängerung nach zwei Jahren) endet,
- eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme nur aus wichtigem Grund erfolgen kann, z. B. bei Wohnortwechsel oder gestörtem Arzt-Patienten-Verhältnis,
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Therapieeinrichtungen) in Anspruch nehme und Kontakt zu den teilnehmenden Leistungserbringern führe,
- bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung die Teilnahme an der besonderen Versorgung beendet werden kann (gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall)

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Patientenbefragung zur Qualitätssicherung

(Bei Einverständnis bitte Kästchen ankreuzen!)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich

- damit einverstanden, dass zu statistischen Auswertungen, zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieser besonderen Versorgung meine patientenbezogenen Daten erfasst, pseudonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich durch „Evaluators ergänzen“ ausgewertet werden.
- mit einer schriftlichen Patientenbefragung im Anschluss an die Behandlung einverstanden.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK classic widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die IKK classic.

Mir ist bewusst, dass ich

- jederzeit das Recht habe, die dokumentierten Daten für mich einzusehen,
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden, soweit diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag,
- die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt und
- bei Nichteinwilligung in die Datenverarbeitung zur Qualitätssicherung und/ oder Patientenbefragung keine Nachteile habe und dies keinen Einfluss auf meine Teilnahme hat.

Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGB V informiert worden bin.
- Ich bin damit einverstanden, dass sich die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten mit meinem u. g. behandelnden Arzt über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen dieser besonderen Versorgung austauschen. Hierfür entbinde ich den von mir aufgesuchten Arzt von seiner Schweigepflicht.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (z. B. Medizinischen Dienst - MD) übermittelt werden.

Zur Unterschrift bitte auf Seite 2 wenden

Bestätigung des teilnehmenden Arztes

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

 Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung

 Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Evaluation und Patientenbefragung zur Qualitätssicherung

Die Einwilligung gilt ausschließlich für die gekennzeichneten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

 Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN VON TEILNAHMEERKLÄRUNGEN

Bitte füllen Sie die 6 erforderlichen Angaben sorgfältig aus, das Beispielbild unterstützt Sie dabei. Nur so können wir Ihre Teilnahmeerklärung verarbeiten.

Füllen Sie die Teilnahmeerklärung auf der **3. Seite** bitte wie folgt aus:

1. Zuerst **Nachname**, dann **Vorname** und anschließend Ihre **Adresse**
2. Ihr **Geburtsdatum**
3. Die 9-stellige **Nummer Ihrer Krankenkasse**: Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte unten links.
4. Ihre **Versichertennummer**: Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte rechts neben der Nummer Ihrer Krankenkasse. Sie ist 10-stellig und beginnt immer mit einem Buchstaben, gefolgt von 9 Ziffern.
5. Ihr **Versichertenstatus**:
 - i. 3 – wenn Sie über ein Familienmitglied familienversichert sind
 - ii. 5 – wenn Sie Rente beziehen
 - iii. 1 – in allen anderen Fällen
6. Das **aktuelle Datum**

Krankenkasse bzw. Kostenträger IKK classic			
Name, Vorname, Anschrift des Versicherten			
1 Mustermann, Max		geb. am	
Musterstraße 1		01.01.1960 2	
11111 Musterstadt			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
3 101500154	4 E123456789	5 1	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
590505000		6 15.04.2020	

Bei Einverständnis in die Datenverarbeitung und Patientenbefragung zur Qualitätssicherung kreuzen Sie bitte die dafür vorgesehenen Kästchen an.

Im Anschluss lassen Sie die Teilnahmeerklärung, mit Angabe des aktuellen Datums, unten rechts von Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt unterzeichnen:

Bestätigung des teilnehmenden Arztes
 Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen.

1	5	0	4	2	0	2	0
T	T	M	M	J	J	J	J

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Bitte unterschreiben Sie danach die Teilnahmeerklärung, am gleichen Tag wie Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt, unten links an 2 Stellen:

<p>Bitte das heutige Datum eintragen.</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>5</td><td>0</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> <p>Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung</p> <p></p> <hr/> <p>Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters</p>	1	5	0	4	2	0	2	0	T	T	M	M	J	J	J	J
1	5	0	4	2	0	2	0									
T	T	M	M	J	J	J	J									
<p>Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Evaluation und Patientenbefragung zur Qualitätssicherung</p> <p>Die Einwilligung gilt ausschließlich für die gekennzeichneten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.</p> <p></p> <hr/> <p>Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters</p>																

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an unter 0251 2853 323030 – wir helfen Ihnen!
Montag bis Donnerstag 8 bis 18 Uhr sowie Freitag von 8 bis 16 Uhr

IKK Kopfschmerz - Versorgungsprogramm der IKK classic bei chronischen Kopfschmerzen

Information für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Das Programm wird durch die Thieme TeleCare GmbH durchgeführt. Die Thieme TeleCare gehört zur Thieme Gruppe, die seit 1886 für Medizinkompetenz und Gesundheitswissen steht. Konzeptionell wird das Programm von Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul begleitet. Als Facharzt für Neurologie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ ist er ein erfahrener Arzt und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Diagnostik und Behandlung von Kopfschmerzerkrankungen.

Ihre Patientin / Ihr Patient möchte an der Besonderen Versorgung teilnehmen und benötigt hierzu Ihre Unterstützung. Als behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt möchten wir Sie über die wesentlichen Bausteine des Programms informieren:



Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul

- Das Programm beginnt mit der konsequenten Führung eines Kopfschmerztagebuches über 4 Wochen. Dabei wird die aktuelle Schwere der Kopfschmerzerkrankung beurteilt - auch im Kontext der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie. Eine medizinisch geschulte Psychologin / geschulter Psychologe begleitet und motiviert Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten.
- Im Rahmen der Patientenedukation werden Ihrem Patienten bzw. Ihrer Patientin passgenaue wichtige Informationen zu chronischen Kopfschmerzen bereitgestellt.
- Wir unterstützen Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten bei der Umsetzung von wichtigen lebensstilverändernden Maßnahmen, wie z. Bsp. Bewegungssteigerung, Ernährungsumstellung, Entspannungsmöglichkeiten. Hierzu werden regelmäßig telefonisch Coachinggespräche geführt und Informationen über verschiedene Medien bereitgestellt. Die Beratung erfolgt ausschließlich durch psychologisches Fachpersonal.
- Die Dauer des Versorgungsprogrammes beträgt 12 Monate.
- Bei einem auffälligen Profil bitten wir Ihre Patientin / Ihren Patienten, dieses mit Ihnen zu besprechen.
- In bestimmten Fällen bieten wir Ihrer Patientin / Ihren Patienten eine Expertensprechstunde an. Die Organisation erfolgt über die Thieme TeleCare GmbH.
- Sie erhalten im Laufe des Versorgungsprogrammes regelmäßig medizinische Fachinformationen von Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul zur aktuellen Diagnostik und Therapie von chronischen Kopfschmerzen.

Bei Einschreibung in die besondere Versorgung erhalten Sie für Ihre Aufwände (unterschiedene Teilnahmeerklärung und ausgefüllte Kurzanamnese) einmalig 25 €.

Herzlichen Dank für die Zusammenarbeit!

Sie haben Fragen? Wir beantworten Ihnen gerne alle Fragen.

Thieme TeleCare: 0800/66 44 431 (Montag bis Freitag: 8:00 und 20:00 Uhr)

IKK classic: 0251/2853-323030 (Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 18:00 Uhr, Freitag: 08:00 bis 16:00 Uhr)

Kooperationsvereinbarung behandelnder Arzt

besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V IKK Kopfschmerz

Die IKK classic hat mit der Thieme TeleCare einen Vertrag der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur telemedizinischen Versorgung von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und Migräne geschlossen. Vertragsärztlich tätige Haus- und Fachärztinnen / -ärzte können geeignete Patientinnen / Patienten in die besondere Versorgung einschreiben und dadurch selbst kooperieren. Sie erbringen ihre Leistungen insbesondere durch Prüfung der Teilnahmefähigkeit des Patienten sowie Dokumentation im vorgesehenen Bogen. Die Kooperation erfolgt durch Abschluss dieser Vereinbarung je Einzelfall in Bezug auf eine Patientin / einen Patienten. Dazu senden Sie bitte die ausgefüllten Dokumente an die Thieme TeleCare GmbH.

1. Teilnahme und Aufgaben des behandelnden Arztes

Mit Abschluss dieser Vereinbarung erbringt die kooperierende Vertragsärztin / der kooperierende Vertragsarzt für die / den unten aufgeführte Patientin / aufgeführten Patienten im Kontext der besonderen Versorgung die folgenden Leistungen:

- Prüfung der Teilnahmefähigkeit der Patientin / des Patienten, Diagnosesicherung und Angaben zur aktuellen Therapie der Patientin / des Patienten für die besondere Versorgung im vorgesehenen Dokumentationsbogen
- Patientengespräch zur Stärkung der Eigenfürsorge
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit soweit erforderlich

Die Kooperation endet automatisch 12 Monate nach Einschreibung einer Patientin / eines Patienten. Sollten weitere Patientinnen / Patienten eingeschrieben werden, verlängert sich die Kooperation jeweils entsprechend. Eine vorzeitige Beendigung der Kooperation kann der Thieme TeleCare GmbH schriftlich mitgeteilt werden.

2. Vergütung

Je Behandlungsfall im Rahmen dieser besonderen Versorgung erhält die kooperierende Vertragsärztin / der kooperierende Vertragsarzt durch die Thieme TeleCare für seine Leistungen einmalig eine Pauschale in Höhe von 25,00 Euro, in dem die Versicherte/ der Versicherte an der besonderen Versorgung teilnimmt und die kooperierende Ärztin / der kooperierende Arzt die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringt. Die Pauschale wird von Thieme TeleCare an die kooperierende Vertragsärztin / den kooperierenden Vertragsarzt innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Eingang des Patienteneinschreibebogens gezahlt. Leistungen der Regelversorgung sind nicht Bestandteil des Vertrages der besonderen Versorgung. Eine Abrechnung solcher Leistungen ist ausgeschlossen.

3. Sonstiges

Bei Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Datenweitergabe bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von den Partnern dieser Vereinbarung zu beachten. Die Teilnahme an einem internen Qualitätsmanagement und die Einbindung in externe Qualitätssicherungsprogramme auf der Grundlage neuester Erkenntnisse und nach Maßgabe der §§ 135 ff. SGB V sowie § 20 SGB IX ist verpflichtend. Sollte eine einzelne Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt.

An

Thieme TeleCare GmbH

IKK Kopfschmerz

Oswald-Hesse-Str. 50

70469 Stuttgart

Kontaktdaten und Kontoverbindung der Ärztin / des Arztes

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, vielen Dank!

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes	
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
LANR	Betriebsstättennummer
Facharztgruppe	KV Region

IBAN
DE _____

<p>Ich bestätige, dass ich an der o. g. Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V IKK Kopfschmerz teilnehmen möchte und die Kooperationsbedingungen zur Kenntnis genommen habe.</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes</p>

<p>Für das Programm besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V "IKK Kopfschmerz" dürfen weitere Versicherte der IKK classic in das Programm eingeschrieben werden, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und entsprechende Diagnosen vorliegen.</p>

DOKUMENTATIONSBOGEN

Angaben zum Patienten

Einschreibebogen für besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur telemedizinischen Versorgung bei chronischen Kopfschmerzen und Migräne

„IKK Kopfschmerz“

Bitte senden Sie die ausgefüllten Dokumente an die Thieme TeleCare GmbH, vielen Dank!
(Thieme TeleCare GmbH, IKK Kopfschmerz, Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart)

Patientendaten:
(Druckfeld)

Telefonnummer Patienten:

Angaben zu Ihrem o.g. Patienten:

Persönliche Daten inkl. der Versichertennummer des Patienten bitte oben in Druckbuchstaben ausfüllen oder aufdrucken.

ICD10-Code (Angabe zwingend endstellig spezifisch notwendig, Bsp. 43.1)	<input type="checkbox"/> Migräne (G43____) <input type="checkbox"/> Sonstige Kopfschmerzsyndrome (G44____) <input type="checkbox"/> Kopfschmerz (R51) <input type="checkbox"/> Somatoforme Störungen (F45____) <input type="checkbox"/> Schmerz andersorts nicht klassifiziert (R52____)
Medikation (bezüglich Kopfschmerzen/Migräne)	Prophylaktische Medikamente:
	Bedarfsmedikamente:
Sonstige Diagnosen (falls bekannt):	

Weitere Maßnahmen:	
---------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Wichtiger Hinweis:

Für das Programm besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V "IKK Kopfschmerz" dürfen weitere Versicherte der IKK classic in das Programm eingeschrieben werden, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und entsprechende Diagnosen vorliegen.

Thieme TeleCare GmbH
Oswald-Hesse Str. 50
70469 Stuttgart

IKK Kopfschmerz

Meine Anmeldungsunterlagen für das Versorgungsprogramm bei chronischen Kopfschmerzen

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren,

ich melde mich hiermit zum Versorgungsprogramm **IKK Kopfschmerz** an und sende Ihnen folgende Unterlagen zu:

- von **mir unterschriebene** Teilnahmeerklärung mit folgenden ausgefüllten Angaben:
 - meinen Namen und meine Adresse
 - mein Geburtsdatum
 - meinen Versichertenstatus
 - meine Versichertennummer
 - die ärztlichen Angaben zur Betriebsstättennummer und Arztnummer
 - das aktuelle Datum

- vollständig ausgefüllte und von **meiner behandelnden Ärztin** oder **meinem behandelnden Arzt** unterschriebene Kooperationsvereinbarung

- vollständig ausgefüllter und von **meiner behandelnden Ärztin oder meinem behandelnden Arzt** unterschriebener und gestempelter Diagnosebogen – dort habe ich zusätzlich **meine Telefonnummer** für meine persönlichen Betreuungsgespräche notiert.

Freundliche Grüße