KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

# Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V – Techniker Krankenkasse (TK)

**Antragsteller**

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax/Mail _____

**Tätig als:** **Vertragsarzt** ☐ **angestellter Arzt** ☐

**Tätig in:** **Einzelpraxis** ☐ **Gemeinschaftspraxis** ☐ **MVZ** ☐

**Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben:** _____

**Fachliche Anforderungen**

☐ Ich bin Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.

☐ Ich bin Facharzt/Fachärztin mit Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (Nachweis ist der KV vorzulegen).

☐ Ich nehme gemäß § 73 Abs. 1a SGB V als Facharzt an der hausärztlichen Versorgung teil und erbringe jährlich den Nachweis, dass ich mich mit mindestens 6 CME-Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet habe (Nachweis ist jeweils der KV vorzulegen).

**Anerkennung des Vertrags**

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an. Bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten kann ich von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

| Ort, Datum | Unterschrift Vertragsarzt | **Stempel** |
|---|---|---|

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

01.2025

**Allgemeines**

Die schriftlichen Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich an die zentrale Annahmestelle bei der Techniker Krankenkasse, Stichwort: „Besondere Versorgung“, 85820 München weiter.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung meiner für den Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

**Hinweise zur Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die Techniker Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail datenschutz@tk.de.

**Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der TK ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur „J2“ als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung und die TK erhalten von den Kassenärztlichen Vereinigungen ein aus den Daten erstelltes Teilnehmerverzeichnis, bestehend aus LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

**Information über Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.