

# PATIENTENINFORMATION

## zur Teilnahme und zum Datenschutz

**Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur telemedizinischen Versorgung bei chronischen Kopfschmerzen und Migräne (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 besondere Versorgung IKK Kopfschmerz bietet eine telemedizinische Versorgung, welche Sie bei Ihrer individuellen Erkrankungssituation unterstützt:

- integrierte Versorgung zwischen Haus-/Fachärzte sowie medizinischen Fachexperten chronischer Kopfschmerzen und Migräne
- Betreuung durch einen persönlichen Coach
- Erstellung individueller Behandlungsprogramme
- Tele-Monitoring über die App
- Trainingsübungen
- Medikationsmanagement
- Multimediale Wissensübermittlung
- 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 Ablauf von 12 Monaten. 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 der 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 die Patientenakte.

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen Ihrem behandelnden Arzt, der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein und der Thieme TeleCare GmbH 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 an 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, Versicherungsnummer, 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 bei der Thieme TeleCare**

Die Thieme TeleCare GmbH löscht alle personenbezogenen medizinischen Daten, die eine Identifizierung ermöglichen könnten, spätestens sechs Wochen nach Ende der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung. Ausgenommen hiervon sind Daten, die aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungsfristen nicht gelöscht werden dürfen und für den entsprechenden Zeitraum für die Löschung bzw. Anonymisierung gesperrt werden.

## Daten bei Ihrer IKK classic

Durch die besondere Versorgung möchte die IKK classic eine bessere Versorgung gemeinsam mit der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königsstein und 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](mailto:poststelle@bfdi.bund.de), wenden.

## Verantwortlicher

IKK classic, – Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Tannenstraße 4b,  
01099 Dresden,  
[vorstand@ikk-classic.de](mailto:vorstand@ikk-classic.de)

## Datenschutzbeauftragter

IKK classic,  
Tannenstraße 4b,  
01099 Dresden,  
[datenschutz@ikk-classic.de](mailto:datenschutz@ikk-classic.de)

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

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

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

**Vertragskennzeichen: 120A1561014**

Bitte lassen Sie den obigen Adresskopf zu Ihren Daten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt aufdrucken, vielen Dank!

**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 Fragen zu dieser besonderen Versorgung bei der IKK classic 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 nach 12 Monaten 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
- bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung die Teilnahme an der besonderen Versorgung beendet werden kann (gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall)

**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,
- ich die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt und

**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 Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein und die Thieme TeleCare GmbH 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.

**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.**

**Bestätigung des teilnehmendes 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung**

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

## Versorgungsprogramm Kopfschmerz und Migräne der IKK classic

### Information für den behandelnden Arzt

Das Programm wird durch die Thieme TeleCare GmbH und Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein durchgeführt. Die Thieme TeleCare gehört zur Thieme Gruppe, die seit 1886 für Medizinkompetenz und Gesundheitswissen steht. Die Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein gehört zu den führenden Kliniken in der stationären Behandlung chronischer Kopfschmerzen und Migräne. 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 Kliniker und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Diagnostik und Behandlung von Kopfschmerzerkrankungen.



Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul

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

- 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 bzw. 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 bzw. Migräne 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 bzw. Ihren Patienten, dieses mit Ihnen zu besprechen.
- In bestimmten Fällen bieten wir Ihrer Patientin bzw. Ihren Patienten eine Expertensprechstunde mit Priv.-Doz. Dr. med. Gaul 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 und Migräne.

Bei Einschreibung in die besondere Versorgung erhalten Sie für Ihre Aufwände (unterschiedene Teilnahmeerklärung und ausgefüllte Kurzanamnese) im ersten Quartal 25 €. Für die Folgequartale jeweils 15 €.

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)

# BEITRITTSERKLÄRUNG BEHANDELNDER ARZT

## besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V IKK Kopfschmerz

Die IKK classic hat mit der Migräneklinik Königstein und 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 Fachärzte können an der besonderen Versorgung als behandelnder Arzt dem Vertrag und seinen Anlagen beitreten. Die Teilnahme erfolgt durch Abschluss dieser Vereinbarung je Einzelfall in Bezug auf 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 der kooperierende Vertragsarzt für den unten aufgeführten Patienten im Kontext der besonderen Versorgung die folgenden Leistungen:

- Einschreibung des Patienten in die besondere Versorgung
- Patientengespräch zur Motivation einer Teilnahme sofern erforderlich
- Dokumentation des Einschreibebogens
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit soweit erforderlich

### 2. Vergütung

Je Behandlungsfall im Rahmen dieser besonderen Versorgung erhält der kooperierende Vertragsarzt durch die Thieme TeleCare für die von ihm nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen für Einschreibung eines geeigneten Versicherten einmalig eine Pauschale in Höhe von 25,00 Euro im Erstquartal und weitere 15,00 Euro je Folgequartal, in dem der Versicherte an der besonderen Versorgung teilnimmt und der teilnehmende Arzt die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringt. Die Pauschalen werden von Thieme TeleCare an 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 §§ 135a und 137d 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 des Arztes

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, vielen Dank!

<b>Name, Vorname des Arztes</b>	
<b>Straße, Hausnr.</b>	<b>PLZ, Ort</b>
<b>LANR</b>	<b>Betriebsstättennummer</b>
<b>Facharztgruppe</b>	<b>KV Region</b>

<b>IBAN</b>
DE _____

**Ich bestätige, dass ich an der o. g. Besonderen Versorgung teilnehmen möchte und die Beitrittsbedingungen zur Kenntnis genommen habe.**

# 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.**

<b>ICD10-Code</b> (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____)
<b>Medikation</b> (bezüglich Kopfschmerzen/Migräne)	Prophylaktische Medikamente:
	Bedarfsmedikamente:
<b>Sonstige Diagnosen</b> (falls bekannt):	



<b>Weitere Maßnahmen:</b>	
---------------------------	--

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des Arztes