

PATIENTENINFORMATION ZUR TEILNAHME UND ZUM DATENSCHUTZ

IKK Rückenschmerz

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

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

Diese Leistungen erwarten Sie

Der Vertragspartner Thieme TeleCare bietet ein digitales Versorgungsangebot, welches Ihnen eine appbasierte Unterstützung bei der Behandlung Ihrer Rückenschmerzen ermöglicht. Ein Team aus verschiedenen Fachärzten ermittelt zusammen mit Ihrem persönlichen Coach das optimale Unterstützungsprogramm für die Behandlung Ihrer Rückenschmerzen. Durch Ihre Teilnahme profitieren Sie von folgenden Vorteilen:

- fachübergreifende Zusammenarbeit zur Entwicklung eines individuellen Unterstützungsprogramms
- Betreuung durch einen persönlichen Coach
- 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. 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) 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 zugewiesenen 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 zugewiesenen 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 zugewiesenen Arzt vorhanden sind, werden nur von den teilnehmenden Ärzten 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 und Psychotherapeuten sowie 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 nach § 295 SGB V. 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, Telefonnummer) an die Thieme TeleCare GmbH übermittelt, damit dieses 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, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden, vorstand@ikk-classic.de – Körperschaft des öffentlichen Rechts

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, Anschrift des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr. 107202793	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

IKK Rückenschmerz

Vertragskennzeichen: 120A1561018

Ich möchte an der besonderen Versorgung IKK Rückenschmerz 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) 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)

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 die Thieme TeleCare GmbH 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 behandelnden Arzt über die Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen dieser besonderen Versorgung austauschen. Hierfür entbinde ich den mir zugewiesenen 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 Kooperationsarztes

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

Damit Ihre Teilnahmeerklärung verarbeitet werden kann, ist es wichtig, dass Sie alle sechs Angaben vollständig und an den dafür vorgesehenen Stellen, wie im Beispielbild beschrieben, ausfüllen.

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

1. Zuerst **Nachname**, dann **Vorname**
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 neun Ziffern.
5. Ihr **Versichertenstatus**:
 - i. 3 – wenn Sie über ein Familienmitglied familienversichert sind
 - ii. 5 – wenn Sie Rentner sind
 - iii. 1 – in allen anderen Fällen
6. Das **aktuelle Datum**
7. Ihre **Telefonnummer**
8. Ihre **E-Mail-Adresse**

Krankenkasse bzw. Kostenträger IKK classic		
Name, Vorname, Anschrift des Versicherten Mustermann, Max Musterstraße 1 11111 Musterstadt		
geb. am 2 01.01.1960		
Kassen-Nr. 101500154	Versicherten-Nr. E123456789	Status 1
Betriebsstätten-Nr. 590505000	Arzt-Nr.	Datum 15.04.2020
Telefonnummer 0251 XXXXX	E-Mail-Adresse Max.Mustermann@ikk-classic.de	

Bitte unterschreiben Sie danach die Teilnahmeerklärung unten links an zwei Stellen:

Bitte das heutige Datum eintragen. 1 5 . 0 4 2 0 2 0 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

An
Thieme TeleCare GmbH
IKK Rückenschmerz
Oswald-Hesse-Str. 50
70469 Stuttgart

Ihre Diagnoseangaben

Besondere Versorgung IKK Rückenschmerz

Angaben der Patientin bzw. des Patienten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße und HNR:

PLZ und Ort:

Für die Anmeldung im Programm benötigen wir die zuletzt bei Ihnen gestellte Diagnose im Bereich der Wirbelsäule. Bitte kreuzen Sie die passende Diagnose von der untenstehenden Auswahl an und tragen Sie gemäß der ICD-10 Codierung die korrekte endstellige Ziffer ein. Die aktuelle Diagnose finden Sie auf ausgestellten Rezepten, Arztberichten oder kann bei Ihrem Arzt erfragt werden. Die Angabe von mehreren Diagnosen ist möglich.

Bitte zutreffende ICD10-Codes **ankreuzen und** zwingend **endstellig, spezifisch angeben**.

Bsp.: Osteochondrose der Wirbelsäule: M42.1

Muskel - Skelett - Rücken

- Osteochondrose der Wirbelsäule: M42.
- Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: M43.
- Spondylose: M47.
- Sonstige Spondylopathien M48.
- Zervikale Bandscheibenschäden M50.
- Sonstige Bandscheibenschäden M51.
- Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert M53.
- Rückenschmerzen M54.

Hier können Sie weitere Diagnosen auswählen. Gerne können Sie uns diese auch in einem persönlichen Gespräch im Programmverlauf mitteilen.

Psychische Erkrankungen

- Affektive Störungen
F30. ; F31. ; F32. ; F33. ; F34. ; F35. ; F36. ; F37. ; F38. ; F39.
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40. ; F41. ; F42. ; F43. ; F44. ; F45. ; F46. ; F47. ; F48.

Ort, Datum

Thieme TeleCare GmbH
Oswald-Hesse Str. 50
70469 Stuttgart

IKK Rückenschmerz

Meine Anmeldeunterlagen für das Versorgungsprogramm bei chronischen Rückenschmerzen

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren,

ich melde mich hiermit zum Versorgungsprogramm **IKK Rückenschmerz** 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
 - das aktuelle Datum
 - meine Telefonnummer für die persönlichen Betreuungsgespräche
 - meine E-Mail-Adresse für die persönlichen Zugangsdaten zur telemedizinischen Plattform

- vollständig **von mir** ausgefüllter Diagnosebogen

Freundliche Grüße