

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



gültig ab 21.06.2018

Bitte senden an: 0391/627871000

Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung der BAHN-BKK teil!

- Ersteinschreibung Information über Hausarztwechsel

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Mit Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung bin ich jedoch zur Teilnahme am Hausarztprogramm verpflichtet. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen werden.

Vertragsarztstempel & Unterschrift

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin, den unterzeichnenden Hausarzt / Kinderarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme,
- ich bereit bin mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen und verpflichte mich ausschließlich den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen, ambulante fachärztliche Behandlungen nur auf Überweisung und stationäre Behandlungen nur nach Einweisung durch den gewählten Hausarzt, der an diesem Vertrag teilnimmt, in Anspruch zu nehmen,
- für mich bei der Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten freie Arztwahl besteht,
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist und ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Hausarztprogramm informiert bin.
- mir die Patienteninformation, welche das Versorgungsangebot beinhaltet, das Datenschutzmerkblatt sowie die Patienteninformation Datenschutz-Grundverordnung von meinem Hausarzt ausgehändigt wurden, gelesen habe und ich mit dem dort genannten Inhalt einverstanden bin

Mir ist außerdem bekannt, dass

- ich schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- sich mein Hausarzt einen umfassenden Überblick über meine Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z.B. Arzneimittel, Fachärzte, Häusliche Krankenpflege) verschafft.
- meine im Rahmen des Hausarztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- bei wiederholten Verstößen gegen meine o.g. Verpflichtungen, der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen kann

▪ **ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse mir eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.**

▪ **Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Hausarztprogramm**
Mit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Ich kann die einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Eine weitere Teilnahme an der HZV nach diesem Widerruf ist dann leider nicht mehr möglich. Es gilt dann wieder die reguläre hausärztliche Versorgung.

- Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes / Kinderarztes

Versicherteninformation zum Hausarztprogramm

Das Hausarztprogramm:

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet Ihren Versicherten eine Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dieser Pflicht kommen Sie mit diesem Vertrag nach.

Die Vertragspartner sehen im Hausarzt und im Kinderarzt den zentralen Koordinator und Begleiter der Versicherten im Gesundheitswesen. Durch die Koordination der Behandlung des Patienten sollen systemimmanente Defizite entgegen getreten werden. Die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes soll gestärkt werden.

Ihre Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.

Ihre Pflichten:

- Mit Abgabe Ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist zur Teilnahme am Hausarztprogramm verpflichtet.
- Sie binden sich mit Abgabe der Teilnahmeerklärung zu einer Teilnahme am Hausarztprogramm für die Dauer von 4 Quartalen. Nach Ablauf des Teilnahmejahres verlängert sich Ihre Teilnahme um weitere 4 Quartale, wenn Sie nicht vorher kündigen.
- Der Hausarzt ist Ihr Koordinator und damit Ihr erster Ansprechpartner in allen medizinischen Fragen. Sie dürfen ambulante fachärztliche Behandlungen (einen Facharzt) nur auf Überweisung und stationäre Behandlungen nur nach Einweisung durch den gewählten Hausarzt, der an diesem Vertrag teilnimmt, in Anspruch nehmen.
- Im Notfall dürfen Sie Ihr Recht auf freie Arztwahl ausschließlich bei Gynäkologen, Augenärzten und Notärzten ausüben.
- Im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) müssen Sie den Ihnen benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuchen.
- Sie sind verpflichtet, Termine für einen Hausarztbesuch grundsätzlich vorab zu vereinbaren.
- Ein Hausarztwechsel ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich und wenn Sie mit einer Frist von 1 Monat zum Ende meines HZV-Teilnahmejahres den Wechsel schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.
- Bei Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses ist Ihre Krankenkasse unverzüglich von Ihnen zu informieren, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist.
- Bei einem Verstoß gegen Ihre oben benannten Pflichten können Sie von der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

Einschreibung

Ihr Hausarzt händigt Ihnen die Teilnahmeerklärung sowie diese Versicherteninformation und die Patienteninformation zum Datenschutz aus. Diese können Sie, nachdem Sie bitte beides aufmerksam gelesen haben, zuhause oder in der Praxis Ihres Hausarztes ausfüllen und Ihrem Hausarzt aushändigen. Dieser unterzeichnet ebenfalls die Teilnahmeerklärung und sendet diese an die Kassenärztliche Vereinigung oder den Hausärzterverband in Sachsen-Anhalt. Diese sendet die Teilnahmeerklärung zur Prüfung an Ihre Krankenkasse.

Im Anschluss daran erhalten Sie durch Ihre Krankenkasse die Bestätigung Ihrer Teilnahme. Die Teilnahme beginnt rückwirkend mit dem Tag, an welchem Sie die Teilnahmeerklärung abgegeben haben. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie ebenfalls eine Mitteilung durch Ihre Krankenkasse.

Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

Ihre Rechte

- an wöchentlich einem Werktag bietet der Hausarzt nach Vereinbarung und Bedarf für berufstätige HZV-Versicherte eine früh- oder Abendterminsprechstunde (ab 7 Uhr oder bis 20 Uhr) an
- der Hausarzt übernimmt die Koordinierungsleistung für das gesamte Versorgungssystem
- eine Terminvergabe erfolgt spätestens für den übernächsten Tag auf die Anfrage des Versicherten
- die Wartezeit auf einen Termin soll in der Regel auf 30 min. begrenzt werden
- Ihr Hausarzt unterstützt Sie bei der Terminvereinbarung bei einem Facharzt

Beendigung und Hausarztwechsel

Durch die Abgabe Ihre Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich für 4 Quartale zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung. Sie können frühestens mit einer Frist von 1 Monat zum Ende Ihres HZV-Teilnahmejahres die Teilnahme schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse beenden.

Die Teilnahme endet, wenn Sie Ihre Krankenkasse wechseln.

Sie können Ihre Teilnahme an der HZV außerordentlich kündigen, wenn Ihnen die Fortführung unzumutbar ist. Dies ist der Fall wenn:

- das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Hausarzt nachhaltig gestört ist
- sie Ihren Wohnort wechseln.
- der von Ihnen gewählte Hausarzt aus der Hausarztzentrierten Versorgung ausscheidet.

Sie können den Hausarzt erst nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres wechseln, unter der Bedingung, dass dieser ebenfalls an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt und Sie den Wechsel gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.

Die Krankenkasse kann Ihnen gegenüber die Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung ebenfalls kündigen, wenn Sie wiederholt gegen ihre Pflichten verstoßen. In bestimmten Fällen, wie die Inanspruchnahme anderer Ärzte ohne vorherige Überweisung durch Ihren Hausarzt, behält es sich Ihre Krankenkasse vor, die entstandenen Mehrkosten einzufordern.

Patienteninformation zum Datenschutz

Sie als Patient sollen über die Datenverarbeitung informiert werden. Daher lesen Sie bitte diese Patienteninformation sorgfältig durch.

Welche Daten werden erhoben und wie werden diese verwendet?

Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch den von Ihnen gewählten Hausarzt an den Hausärzteverband Sachsen-Anhalt oder an die Kassenärztliche Vereinigung gesendet. Dort werden Teile Ihrer Stammdaten (Name, Geburtsdatum), Daten zu Ihrem gewählten Hausarzt, sowie der Zeitpunkt des Beginns Ihrer Teilnahme ausgelesen und in eine Datei eingefügt. Zu Ihren Daten wird eine HZV Identifikationsnummer erstellt. Diese Datei wird zur Prüfung an Ihre Krankenkasse gesendet.

Ausgewählte Mitarbeiter Ihrer Versicherung prüfen, ob eine Teilnahme möglich ist. Diese Prüfung beinhaltet, ob Sie Mitglied bei der Versicherung sind. Aus diesem Grund werden die oben genannten Daten mit dem Versichertenbestand Ihrer Versicherung abgeglichen. Nach Abschluss der Prüfung werden Sie über das Ergebnis informiert und können an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen oder nicht.

Abrechnung

Um eine Abrechnung für die an dem Vertrag zu Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte zu gewährleisten, werden Ihre oben genannten Daten als Datei erneut durch die Kassenärztliche Vereinigung an Ihre Krankenkasse gesandt.

Diese werden mit den separat durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt an Ihre Krankenkasse gesandten Abrechnungsdaten der teilnehmenden Ärzte durch ausgewählte Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse abgeglichen und geprüft. Nach Abschluss der Prüfung wird die geprüfte Datei an die Kassenärztliche Vereinigung zurück gesandt. Auf der Grundlage dieser Daten wird die Vergütung ausgezahlt.

Kontrollfunktion Ihres Arztes

Damit Ihr gewählter Hausarzt einen umfassenden Einblick über Ihre Behandlungshistorie und Ihre aktuelle Behandlung durch weitere Leistungserbringer erhalten und sich mit diesen abstimmen kann, muss er sich mit diesen über Therapieempfehlungen und Befunde austauschen. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr gewählter Hausarzt sich mit anderen Leistungserbringern austauscht, insoweit entbinden Sie ihn von seiner Schweigepflicht

Einwilligung

Ihre Einwilligung in die oben dargestellte Datenverarbeitung und Nutzung erklären Sie mit der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung. Mit der Unterzeichnung entbinden Sie Ihren Arzt insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Nutzung können Sie jederzeit widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Patienteninformation Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Versicherten- und Gesundheitsdaten sind umfassend gesetzlich geschützt, insbesondere durch Datenschutzgesetze auf Bund- und Länderebene und durch besondere Vorschriften des Sozialgesetzbuchs. Darüber hinaus gilt für das Patienten-Arzt-Verhältnis die ärztliche Schweigepflicht, auch für Mitarbeiter in den Arztpraxen und für sonstige berufsmäßig mitwirkende Personen.

Nach Art. 24 DS-GVO ist Ihr Arzt verpflichtet, Sie über die Datenverarbeitung im Rahmen dieses Vertrages zu informieren.

Belehrung nach Artikel 13 und 14 DSGVO:

Mit dieser Patienteninformation und den nachstehenden Ausführungen sollen Sie bereits vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag informiert werden. Im Folgenden wird diese Datenverarbeitung noch einmal dargestellt und Sie erhalten zusätzliche Informationen zu Ihren Rechten nach der neuen DSGVO.

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z.B. falscher Daten und auf Sperrung (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DS-GVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DS-GVO). Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Arzt. Für die Teilnahme am Vertrag und die Abrechnung der Vertragsleistung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und Ihre Krankenkasse. Die Kassenärztliche Vereinigung, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg ist in diesem Umfang für Ihre Daten verantwortlich. Sie können sich wegen des Datenschutzes an den Datenschutzbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wenden:

Beschwerden gemäß Art 77 DS-GVO über die Kassenärztliche Vereinigung richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde,

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt
Postfach 1947
39009 Magdeburg

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DS-GVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Nach Ablauf vertraglicher oder gesetzlicher Aufbewahrungsfristen (u.a. § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) werden Ihre Daten datenschutzgerecht spätestens nach 10 Jahren gelöscht, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der BAHN-BKK erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang im Rahmen der Abrechnung. Verantwortlich für diese Daten ist die BAHN-BKK, Franklinstraße 54 in 60486 Frankfurt am Main, Anfragen zum Datenschutz richten Sie an die

BAHN-BKK Zentrale
Datenschutzbeauftragter
Franklinstraße 54
60486 Frankfurt am Main

Beschwerden richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in der Husarenstraße 30 in 53117 Bonn

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bahn-bkk.de/datenschutz.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme am Vertrag nicht (mehr) möglich ist.