

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

Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung

für die Teilnahme am Vertrag der
Hausarztzentrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt



Vertragskennzeichen: 14088400006

Teilnahmeerklärung

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird von meiner Krankenkasse bereitgestellt.
- Hiermit erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung (siehe Anlage) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Ich wurde informiert

- Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Er koordiniert meine Behandlung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistungen).
- Mit meiner Teilnahmeerklärung bin ich mindestens ein Jahr an die hausarztzentrierte Versorgung gebunden. Danach gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand der vertraglich verarbeiteten Daten die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung zu prüfen und die Teilnahme bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme zu beenden.
- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme nur den von mir gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen.
- Ich wurde informiert, dass eine Einschreibung bei mehreren Hausärzten sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen nicht zulässig sind.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich willige in die Datenverarbeitung der Vertragspartner ein.

(Belehrung über mein Widerrufs- und Kündigungsrecht

- Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von 2 Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre BKK.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist jederzeit innerhalb von vier Wochen gekündigt werden.
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

- Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner vertragsgemäßen Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) und sonstige personenbezogenen Daten von den Vertragspartnern der HZV verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wird. Sie dient meiner Behandlung in dieser besonderen Versorgung.
- Im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung werden Daten nur im gesetzlich zulässigen Umfang erhoben, gespeichert und genutzt. Erforderliche Auswertungen erfolgen nur in anonymisierter Form.
- Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.
- Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Dieser Widerruf berührt nicht die bis zum Widerruf verarbeiteten Daten. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Datum

Unterschrift d. Patienten(in) oder d. gesetzl. Vertreters für die Erklärung zur Teilnahme

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes und Arztstempel