

**Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
gültig ab 25.05.2018**

Exemplar für die KV/No

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

I. Erklärung der / des Versicherten

Ich wurde ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung informiert. Auf das umseitige Merkblatt über die Inhalte des Programms sowie die damit einhergehende Datennutzung wurde ich hingewiesen. In Kenntnis dieser Informationen erkläre ich:

- Ich möchte neu an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.**
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie umseitig beschrieben genutzt werden.
- Ich möchte meinen koordinierenden Hausarzt wechseln.**
Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung teil und möchte aus einem wichtigen Grund (z. B. Wohnortwechsel, Störung des Vertrauensverhältnisses) meinen Hausarzt wechseln.

Die Koordination meiner Behandlung soll ab sofort der unter II. aufgeführte Hausarzt übernehmen. Ich verpflichte mich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst diesen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden. Mir ist bewusst, dass ich an diese Erklärung grundsätzlich für mindestens zwölf Monate gebunden bin und eine vorzeitige Beendigung meiner Teilnahme nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. **Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden.**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung in der HZV erteile, eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich ist. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Weiter bin ich darüber belehrt worden, **dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann.** 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.

**Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung der Knappschaft (HZV) teil!
Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der HZV einverstanden. Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligung.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) bzw.
gesetzliche(r) Vertreter(in)

II. Erklärung des Hausarztes

Hiermit erkläre ich mich bereit, für oben genannte(n) Versicherte(n) die Koordination der Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung durchzuführen.

Vertragsarztstempel

Unterschrift Arzt / Ärztin

Exemplar bitte senden an: Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein Bezirksstelle
Düsseldorf Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
gültig ab 25.05.2018

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

I. Erklärung der / des Versicherten

Ich wurde ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung informiert. Auf das umseitige Merkblatt über die Inhalte des Programms sowie die damit einhergehende Datennutzung wurde ich hingewiesen. In Kenntnis dieser Informationen erkläre ich:

- Ich möchte neu an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.**
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie umseitig beschrieben genutzt werden.
- Ich möchte meinen koordinierenden Hausarzt wechseln.**
Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung teil und möchte aus einem wichtigen Grund (z. B. Wohnortwechsel, Störung des Vertrauensverhältnisses) meinen Hausarzt wechseln.

Die Koordination meiner Behandlung soll ab sofort der unter II. aufgeführte Hausarzt übernehmen. Ich verpflichte mich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst diesen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden. Mir ist bewusst, dass ich an diese Erklärung grundsätzlich für mindestens zwölf Monate gebunden bin und eine vorzeitige Beendigung meiner Teilnahme nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. **Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden.**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung in der HZV erteile, eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich ist. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Weiter bin ich darüber belehrt worden, **dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann.** 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.

Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung der Knappschaft (HZV) teil!
Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der HZV einverstanden. Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

II. Erklärung des Hausarztes

Hiermit erkläre ich mich bereit, für oben genannte(n) Versicherte(n) die Koordination der Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung durchzuführen.

Vertragsarztstempel

Unterschrift Arzt / Ärztin

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

Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gültig ab 25.05.2018

I. Erklärung der / des Versicherten

Ich wurde ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung informiert. Auf das umseitige Merkblatt über die Inhalte des Programms sowie die damit einhergehende Datennutzung wurde ich hingewiesen. In Kenntnis dieser Informationen erkläre ich:

- Ich möchte neu an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.**
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie umseitig beschrieben genutzt werden.
- Ich möchte meinen koordinierenden Hausarzt wechseln.**
Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung teil und möchte aus einem wichtigen Grund (z. B. Wohnortwechsel, Störung des Vertrauensverhältnisses) meinen Hausarzt wechseln.

Die Koordination meiner Behandlung soll ab sofort der unter II. aufgeführte Hausarzt übernehmen. Ich verpflichte mich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst diesen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden. Mir ist bewusst, dass ich an diese Erklärung grundsätzlich für mindestens zwölf Monate gebunden bin und eine vorzeitige Beendigung meiner Teilnahme nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. **Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden.**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung in der HZV erteile, eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich ist. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Weiter bin ich darüber belehrt worden, **dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann.** 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.

Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung der Knappschaft (HZV) teil!

Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der HZV einverstanden. Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

II. Erklärung des Hausarztes

Hiermit erkläre ich mich bereit, für oben genannte(n) Versicherte(n) die Koordination der Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung durchzuführen.

Vertragsarztstempel

Unterschrift Arzt / Ärztin

Hausarztzentrierte Versorgung

Eine Information für Patienten

Was ist unter hausarztzentrierter Versorgung zu verstehen?

Der Patient wählt einen Hausarzt als ersten Ansprechpartner. Dieser übernimmt im Programm als Koordinator und Lotse der Patientenbehandlung die zentrale Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung. Hierbei steuert er die Behandlungsabläufe über die verschiedenen Versorgungssektoren (Übergang zwischen Haus- und Facharzt bzw. stationärer oder rehabilitativer Versorgung) hinweg. Dabei gilt es nicht nur den Patienten zu begleiten, sondern ihn auch aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient in die Behandlung einzubeziehen.

Der Arzt stellt außerdem eine hochwertige hausärztliche Versorgung unter Berücksichtigung aktueller und praxiserprobter wissenschaftlicher Erkenntnisse sicher. Beispielsweise fördert er die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, wodurch der Ausbruch von Erkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden soll. Er sorgt zudem für eine effiziente Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und fördert in geeigneten Fällen die Teilnahme an weitergehenden Versorgungsangeboten der Knappschaft (z.B. strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke).

Welche besonderen Qualitätsanforderungen werden an den teilnehmenden Hausarzt gestellt?

Um die mit der hausarztzentrierten Versorgung angestrebte Qualitätssteigerung zu erreichen, werden besondere Anforderungen an die teilnehmenden Hausärzte gestellt. So nehmen sie beispielsweise an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teil und bilden sich regelmäßig fort. Darüber hinaus führen sie in ihrer Praxis ein wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement durch.

Welche Teilnahmevoraussetzungen gelten für Versicherte?

An der hausarztzentrierten Versorgung können alle Versicherten der Knappschaft teilnehmen, die nicht bereits in das Gesundheitsnetz Prosper / proGesund eingeschrieben sind. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Versicherte, für vertragsärztliche Leistungen zuerst den gewählten Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden.

Wann beginnt und wann endet die Teilnahme?

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die umseitige Erklärung vom Versicherten und von dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt unterschrieben worden ist. An diese Erklärung ist der Versicherte für mindestens zwölf Monate gebunden. In dieser Zeit ist eine Beendigung der Teilnahme sowie eine Abwahl der Krankenkasse - außer in Härtefällen - nicht zulässig.

Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals möglich. Die Programmteilnahme endet darüber hinaus, wenn der Versicherte die Krankenkasse wechselt, seine Mitgliedschaft bei der Knappschaft aus anderen Gründen endet oder wenn der Hausarzt nicht mehr an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt und der Versicherte nicht einen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt. Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen kann der Versicherte von der weiteren Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

Kann der koordinierende Hausarzt während des Programms gewechselt werden?

Ein Wechsel des gewählten Arztes ist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Wichtige Gründe sind zum Beispiel der Wechsel des Wohnortes oder eine schwerwiegende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt. Mit dem Arztwechsel beginnt eine neue zwölfmonatige Bindungsfrist.

Was passiert mit der Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung?

Die umseitige Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von dem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein versandt und dort elektronisch erfasst. Anschließend werden diese Daten an die Knappschaft weitergeleitet. Eine Durchsicht der Einverständniserklärung erhält der Patient, ein weiteres Exemplar verbleibt bei dem gewählten Hausarzt.

Wie wird eine optimale Koordination der unterschiedlichen Versorgungssektoren gewährleistet?

In Fällen, in denen die Behandlung außer vom gewählten Hausarzt auch von anderen Stellen (z. B. Fachärzte, Krankenhäuser) durchgeführt wird, können die Leistungserbringer im erforderlichen Umfang Informationen über Art und Ergebnisse der Behandlung austauschen. Die zu diesem Zwecke erhobenen Daten werden selbstverständlich nur zur Erfüllung der sich aus der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben genutzt, vertraulich behandelt und keinem Unbefugten zugänglich gemacht.