

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

Anlage „Teilnahmeerklärung zur hausarztzentrierten Versorgung - Versicherter“

zum „Vertrag zwischen der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse und dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V („Hausarztvertrag“)“ vom 18.11.2010

gültig ab 25.05.2018

Versand an die KVSA:

Per Fax: 0391 – 627 87 10 00

Per Post mit Kennwort HZV-LKK

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Teilnahmeerklärung

Information über Hausarztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass

- mich meine Krankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung sowie die Aufgabenteilung zwischen meinem Hausarzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe dazu ausführliche Informationen erhalten.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Hausarzt ist.

Mir ist bekannt, dass:

- die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig ist.
- sich meine Teilnahme um weitere vier Quartale verlängert, wenn ich die Teilnahme nicht für beendet erkläre.
- meine Teilnahmeerklärung durch meinen Hausarzt unverzüglich an meine Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt weitergeleitet wird.
- mein Hausarzt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators übernimmt und meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert. 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 Leistung).
- 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.
- mich mein Hausarzt bei der Terminvereinbarung mit einem geeigneten Facharzt unterstützt.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von einem Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen zu können.
- bei wiederholten Verstößen gegen meine Verpflichtungen der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen kann.
- ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die SVLFG. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Hiermit verpflichte ich mich,

- während der Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ambulante fachärztliche und stationäre Behandlung nur auf Überweisung bzw. Einweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen ist die direkte Inanspruchnahme eines niedergelassenen Facharztes für Frauenheilkunde, Augenheilkunde und Notfälle, bei der die vorherige Einschaltung des Hausarztes nicht angezeigt ist.
- meinen gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. bisheriger Hausarzt nimmt nicht mehr am HZV-Vertrag teil oder nach Umzug des Versicherten nicht zumutbare Entfernung zum bisherigen Hausarzt) zu wechseln. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)
- meinen Hausarzt für die Erhebung und Übermittlung von Befunddaten zu autorisieren.
- grundsätzlich Termine für Arztbesuche vorab zu vereinbaren.
- bei allen Arztbesuchen die Krankenversichertenkarte und ggf. die Überweisung vorzulegen.
- die individuellen Regelungen meiner Krankenkasse einzuhalten.

Ja, ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die von meiner Krankenkasse und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Insbesondere ist mir bekannt, dass

- bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben.
- die beteiligten Ärzte, die jeweils von ihnen erhobenen Daten zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung im erforderlichen Umfang verarbeiten (z.B. übermitteln) und nutzen und dabei die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit ärztlicher Schweigepflicht, dem Sozialgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben.
- 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.
- dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit 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.
-

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

----- - nur vom Arzt auszufüllen - -----

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des o. g. Vertrages wahrnehme.

Unterschrift/Stempel Arzt