

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

## Teilnahmeerklärung

zur hausarztzentrierten Versorgung  
gültig seit 25.05.2018

Hausarztprogramm ab 01.07.2009

Teilnahmeerklärung

Information über Hausarztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus versichert bin.
- ich das Informationsblatt für Versicherte zum Hausarztprogramm gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der hausarztzentrierten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. 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 und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK bzw. IKK.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/ Teilnahme sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre.
- sich meine Teilnahme um weitere vier Quartale verlängert, wenn ich die Teilnahme nicht für beendet erkläre.
- ich meine Teilnahme, frühestens mit einer Frist von einem Monat auf das Ende des Kalenderjahres, nach Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen kann
- ich meinen gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln kann. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)
- bei wiederholten Verstößen gegen meine o.g. Verpflichtungen der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen kann.
- mein Hausarzt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators übernimmt und meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von meiner Krankenkasse und in der Versicherteninformation (diesem Formular beigefügt) 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. Weiter ist mir bekannt, dass 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, ist eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Ich kann eine **einmal erteilte Einwilligung jederzeit 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.

Evaluation: Ja, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung, wie in der Versicherteninformation zum Datenschutz beschrieben, 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.

**Ja**, ich möchte am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

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

- nur vom Versicherten (ggf. Betreuer) auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- nur vom Arzt auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

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

## Teilnahmeerklärung

zur hausarztzentrierten Versorgung  
gültig seit 25.05.2018

Hausarztprogramm ab 01.07.2009

Teilnahmeerklärung

Information über Hausarztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus versichert bin.
- ich das Informationsblatt für Versicherte zum Hausarztprogramm gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der hausarztzentrierten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. 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 und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK bzw. IKK.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/ Teilnahme sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre.
- sich meine Teilnahme um weitere vier Quartale verlängert, wenn ich die Teilnahme nicht für beendet erkläre.
- ich meine Teilnahme, frühestens mit einer Frist von einem Monat auf das Ende des Kalenderjahres, nach Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen kann
- ich meinen gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln kann. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)
- bei wiederholten Verstößen gegen meine o.g. Verpflichtungen der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen kann.
- mein Hausarzt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators übernimmt und meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von meiner Krankenkasse und in der Versicherteninformation (diesem Formular beigefügt) 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. Weiter ist mir bekannt, dass 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, ist eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Ich kann eine **einmal erteilte Einwilligung jederzeit 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.

Evaluation: Ja, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung, wie in der Versicherteninformation zum Datenschutz beschrieben, 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.

**Ja**, ich möchte am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

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

**- nur vom Versicherten (ggf. Betreuer) auszufüllen -**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

**- nur vom Arzt auszufüllen -**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

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

## Teilnahmeerklärung

zur hausarztzentrierten Versorgung  
gültig seit 25.05.2018

Hausarztprogramm ab 01.07.2009

Teilnahmeerklärung

Information über Hausarztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus versichert bin.
- ich das Informationsblatt für Versicherte zum Hausarztprogramm gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der hausarztzentrierten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. 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 und **innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben** von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus **widerrufen** werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK bzw. IKK.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme – mit Ausnahme der Fälle des Widerrufs, der Kündigung des Vertrages/ Teilnahme sowie des Kassenwechsels – für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre.
- sich meine Teilnahme um weitere vier Quartale verlängert, wenn ich die Teilnahme nicht für beendet erkläre.
- ich meine Teilnahme, frühestens mit einer Frist von einem Monat auf das Ende des Kalenderjahres, nach Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen kann
- ich meinen gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln kann. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)
- bei wiederholten Verstößen gegen meine o.g. Verpflichtungen der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen kann.
- mein Hausarzt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators übernimmt und meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von meiner Krankenkasse und in der Versicherteninformation (diesem Formular beigefügt) 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. Weiter ist mir bekannt, dass 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, ist eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts. Ich kann eine **einmal erteilte Einwilligung jederzeit 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.

Evaluation: Ja, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung, wie in der Versicherteninformation zum Datenschutz beschrieben, 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.

**Ja**, ich möchte am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

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

**- nur vom Versicherten (ggf. Betreuer) auszufüllen -**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

**- nur vom Arzt auszufüllen -**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Ich bestätige, dass der o. g. Patient die Einschreibevoraussetzungen zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

# Informationsblatt für Versicherte

## Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung

### Weitere Inhalte:

- Neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung, umfasst die Hausarztzentrierte Versorgung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung, sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und Häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistung).
- Mein Hausarzt verschafft sich einen umfassenden Überblick über meine Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z.B. Arzneimittel, Fachärzte, Häusliche Krankenpflege).
- Er unterstützt mich bei der Terminvereinbarung mit einem geeigneten Facharzt.

### Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert und haben das 18. Lebensjahr vollendet, oder Sie sind bei der IKK gesund plus versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

### Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Sie können Ihre Teilnahme frühestens mit einer Frist von einem Monat auf das Ende des Kalenderjahres, nach Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, ohne Angabe von Gründen kündigen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

### Informationen zur Datenverarbeitung durch die AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus

Die AOK Sachsen-Anhalt bzw. IKK gesund plus verarbeitet Ihre Daten im Rahmen der Aufgaben, welche sich aus dem SGB ergeben. Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus § 284 SGB V.

### Datenkategorien und Datenherkunft:

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

### Empfänger:

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB oder anderer Rechtsvorschriften regelmäßig an: die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, den Leistungserbringer/Vertragsarzt und die Krankenkasse zum Zwecke der Abrechnung der Vertragsleistungen.

### Dauer der Speicherung:

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGBXI) nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB gespeichert und anschließend gelöscht.

### Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung:

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie haben ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).

### Wissenschaftliche Begleitung (Evaluation)

Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluation zum Behandlungserfolg können Sie ohne nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wenn Sie die Teilnahme an der Evaluation zurückziehen, dann berührt dies nicht die Teilnahme am Vertrag.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/san/datenschutzrechte](http://aok.de/san/datenschutzrechte) bzw. [www.IKK-gesundplus.de/dsgvo](http://www.IKK-gesundplus.de/dsgvo)

### Verantwortlicher:

AOK Sachsen-Anhalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg,  
Telefon-Nr. 0800/226 57 26,  
[service@san.aok.de](mailto:service@san.aok.de), [www.san.aok.de](http://www.san.aok.de)

IKK gesund plus, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Umfassungsstr. 85, 39124 Magdeburg,  
Telefon-Nr. 0391/2806-0  
[info@ikk-gesundplus.de](mailto:info@ikk-gesundplus.de), [www.ikk-gesundplus.de](http://www.ikk-gesundplus.de)

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden.

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

### Kontaktinformationen des Datenschutzbeauftragten:

AOK Sachsen-Anhalt  
Beauftragter für den Datenschutz  
39084 Magdeburg  
[datenschutz@san.aok.de](mailto:datenschutz@san.aok.de)

IKK gesund plus  
Beauftragter für den Datenschutz  
39092 Magdeburg  
[datenschutz@ikk-gesundplus.de](mailto:datenschutz@ikk-gesundplus.de)