

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (**H_zV**) teilnehmen.

☐ Ersteinschreibung

☐ Information über Hausarztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bei der BIG direkt gesund versichert bin.
- den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am Hausarztprogramm teilnehme. Ich bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- darüber informiert wurde, dass ich frühestens zum Ablauf des ersten Jahres der Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der H_zV schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann. Danach ist die schriftliche Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich.
- mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Augenärzten, Frauenärzten und Kinderärzten sowie im Notfall. Im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) werde ich ausschließlich den mir benannten H_zV-Vertretungsarzt aufsuchen.
- bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die BIG direkt gesund informiere, da ggf. die Teilnahme an der H_zV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der H_zV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der H_zV-Teilnahmebedingungen aus der H_zV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in der BIG direkt gesund die Teilnahme an der H_zV endet.
- eine Teilnahme an der H_zV nicht möglich ist, wenn mein Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V ruht, ich mich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber meiner Krankenkasse in Verzug befinde oder den Wahltarif Kostenerstattung gewählt habe. Tritt eine der beschriebenen Situationen erst nach der Einschreibung in die H_zV ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem das Ereignis eintritt.
- meine zur H_zV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der H_zV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (insbesondere: Arzt beendet H_zV-Vertrag, Wohnortwechsel, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis).

Widerrufsbelehrung:

Mir ist bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Information zum Datenschutz nach DSGVO:

Ja, ich habe die **Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz** erhalten, mich damit vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. **Mit den beschriebenen Inhalten, insbesondere der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der H_zV 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. Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der H_zV nicht möglich.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten H_zV-Arzt:

Datum

Unterschrift

Stempel