

Bitte senden an:

**KV Sachsen-Anhalt**  
**Fax: 0391/ 627-87 1000**  
 gültig ab 25.05.2018

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

Ersteinschreibung       Information über Hausarztwechsel

**Hiermit erkläre ich, dass ich**

- bei der BIG direkt gesund versichert bin.
- den unterzeichneten 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 HzV 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 HzV-Vertretungsarzt aufsuchen.
- bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die BIG direkt gesund informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in der BIG direkt gesund die Teilnahme an der HzV endet.
- eine Teilnahme an der HzV 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 HzV ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem das Ereignis eintritt.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV 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 HzV-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 HzV 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 HzV nicht möglich.**

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

**Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt:**

---

Datum

---

Unterschrift

---

Stempel