

# Teilnahmeerklärung

zur hausarztzentrierten Versorgung  
gültig ab 01.04.2022

Hausarztprogramm seit 01.01.2011

☐

Ersteinschreibung

☐

Information über Hausarztwechsel

## Hiermit erkläre ich, dass ich

- bei der BIG direkt gesund versichert bin.
- das Informationsblatt für Versicherte zum Hausarztprogramm gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Ich habe dazu ausführliche Informationen erhalten.
- den unterzeichnenden Arzt verbindlich als meinen Hausarzt für mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme. Ausnahmen und Kündigungsregelungen habe ich der Patienteninformation entnommen. Ich bin bereit, aktiv am Programm mitzuwirken.

## Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.
- die Teilnahme vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die BIG direkt gesund mit dem ersten Tag des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendervierteljahres beginnt.
- **meine Teilnahme innerhalb von 2 Wochen ohne Angaben von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BIG direkt gesund widerrufen werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die BIG direkt gesund.**

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von der BIG direkt gesund im beigefügten Informationsblatt beschriebenen Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der HZV 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.

**Hinweis:** 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 meiner Daten 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 am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teil.

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

## Gesonderte Einwilligung zur Evaluation

Mein Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluation zum Behandlungserfolg kann ich ohne nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf der Teilnahme an der Evaluation berührt nicht die Teilnahme am Hausarztprogramm.

☐ **Ja**, ich bin mit der Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung meiner Daten im Rahmen der Evaluation einverstanden.

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

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

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

**- nur vom Arzt auszufüllen -**

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

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

# Informationsblatt für Versicherte

## Vorteile der hausarztzentrierten Versorgung

Ihr Hausarzt

- erfüllt im Rahmen der HZV besondere Fortbildungspflichten und stellt bestimmte technische Standards bereit,
- koordiniert die fachärztliche Versorgung und die Krankenhausbehandlung sowie die erforderlichen Verordnungen, insbesondere Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenfahrten und Häusliche Krankenpflege (veranlasste Leistung),
- verschafft sich einen umfassenden Überblick über Ihre Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer,
- unterstützt Sie bei der Terminvereinbarung mit einem geeigneten Facharzt.

## Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei.

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Der Hausarzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch genommen werden. Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte, Kinder- und Jugendärzte und Zahnärzte sowie natürlich alle ärztlichen Notfalldienste. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Hausarztes) suchen Sie bitte den von Ihrem Hausarzt benannten HZV-Vertretungsarzt auf. Die gleichzeitige Teilnahme an einem anderen Hausarztprogramm ist nicht möglich.

Eine Teilnahme an der HZV ist nicht möglich, wenn Ihr Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V ruht, Sie sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der BIG direkt gesund in Verzug befinden oder den Wahltarif Kostenerstattung gewählt haben. 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.

## Kündigung und Hausarztwechsel

Sie können Ihre Teilnahme mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ende des Teilnahmejahres ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der BIG direkt gesund kündigen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, werden Sie umgehend informiert.

In begründeten Ausnahmefällen können Sie vor Ablauf des Teilnahmejahres den Hausarzt wechseln, z. B. wenn

- der bisherige Hausarzt nicht mehr am Hausarztprogramm teilnimmt,
- er umzieht und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- Sie umziehen und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

Die BIG direkt gesund kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen, z. B. bei wiederholter Inanspruchnahme von Fachärzten ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes (Ausnahmen s.o.). Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HZV-Teilnahmebedingungen entstehen, können Ihnen in einem solchen Fall in Rechnung gestellt werden. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm. Mit Ende Ihrer Mitgliedschaft bei der BIG direkt gesund endet auch Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm.

## Informationen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Mit Ihrer Einwilligung verarbeitet die BIG direkt gesund während Ihrer Teilnahme an der HZV Ihre personenbezogenen Daten (im Schwerpunkt Ihre Gesundheitsdaten im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) aus der vertragsärztlichen Versorgung) auf Grund der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 SGB V. Die besonderen Leistungen Ihres Hausarztes werden vertragsgemäß von der BIG direkt gesund vergütet; dazu muss er eine Abrechnung erstellen: Ihr Hausarzt übermittelt gemäß §§ 295, 295a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA). Dort wird Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm geprüft, dann werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend übermittelt die KVSA der BIG direkt gesund in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und verschlüsselt eine Abrechnungsdatei. Auf dieser Grundlage zahlt die BIG direkt gesund die Vergütung für Ihren Hausarzt aus. Zudem erfolgt eine Kennzeichnung Ihres Teilnahmestatus in der HZV.

Wir verarbeiten die nachfolgenden Daten i.S.d. EU-DSGVO:

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 (erbrachte Leistungen, Diagnosen, abgerechnete Gebührennummern, Abrechnungsquartal)
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z. B. falscher Daten, auf die Übertragung von Daten (Art. 20 Abs. 1), auf Sperrung (Art. 18) und ein Beschwerderecht (Art. 77) bei dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, Tel. 0228-997 799 0.

Nach den gesetzlichen Regelungen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) werden Ihre Daten nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm, spätestens aber nach 4 Jahren, gesperrt und bei der BIG direkt gesund nach spätestens 10 Jahren gelöscht. Für steuergesetzliche Zwecke bewahrt Ihr Hausarzt Ihre Daten bis zu 12 Jahre auf, bevor er sie dann endgültig löscht.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.big-direkt.de/de/datenschutz>.

## Verantwortlicher:

BIG direkt gesund, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Markgrafenstr. 62  
10969 Berlin

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

## Kontaktinformationen des Datenschutzbeauftragten:

BIG direkt gesund  
Datenschutzbeauftragter  
Rheinische Straße 1  
44137 Dortmund  
[datenschutz@big-direkt.de](mailto:datenschutz@big-direkt.de)