

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

Exemplar für die IKK classic

Ersteinschreibung Arztwechsel, Begründung bitte hinzufügen: _____

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei IKK classic versichert bin.
- ich die detaillierte „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen ambulanten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Hausarzt ist.

Mir ist bekannt, dass

- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am IKK Hausarztprogramm teilnehme. Ausnahmen und Kündigungsregelungen habe ich der „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ entnommen.
- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und ich diese innerhalb von zwei Wochen in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ 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 nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ betreffend den Datenschutz und die darin beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen sowie Gesundheitsdaten sorgfältig gelesen habe.

Ich bin darüber belehrt worden, dass

- 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.
- ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse 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.

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der IKK classic teilnehmen.

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

Bestätigung der Teilnahme durch Versicherten

Bestätigung der Teilnahme durch Hausarzt

Datum/Unterschrift des Versicherten (ggf. gesetzlichen Vertreters)

Datum/Unterschrift des Hausarztes

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
IKK classic, 04063 Leipzig

Stempel des Hausarztes/Arztpraxis

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

Exemplar für den Versicherten

Ersteinschreibung Arztwechsel, Begründung bitte hinzufügen: _____

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei IKK classic versichert bin.
- ich die detaillierte „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen ambulanten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Hausarzt ist.

Mir ist bekannt, dass

- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am IKK Hausarztprogramm teilnehme. Ausnahmen und Kündigungsregelungen habe ich der „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ entnommen.
- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und ich diese innerhalb von zwei Wochen in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ 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 nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ betreffend den Datenschutz und die darin beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen sowie Gesundheitsdaten sorgfältig gelesen habe.

Ich bin darüber belehrt worden, dass

- 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.
- ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse 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.

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der IKK classic teilnehmen.

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

Bestätigung der Teilnahme durch Versicherten

Bestätigung der Teilnahme durch Hausarzt

Datum/Unterschrift des Versicherten (ggf. gesetzlichen Vertreters)

Datum/Unterschrift des Hausarztes

Stempel des Hausarztes/Arztpraxis

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

Exemplar für den Hausarzt

Ersteinschreibung Arztwechsel, Begründung bitte hinzufügen: _____

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei IKK classic versichert bin.
- ich die detaillierte „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen ambulanten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Hausarzt ist.

Mir ist bekannt, dass

- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am IKK Hausarztprogramm teilnehme. Ausnahmen und Kündigungsregelungen habe ich der „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ entnommen.
- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und ich diese innerhalb von zwei Wochen in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ 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 nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die „Patienteninformation zum IKK Hausarztprogramm“ betreffend den Datenschutz und die darin beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen sowie Gesundheitsdaten sorgfältig gelesen habe.

Ich bin darüber belehrt worden, dass

- 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.
- ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse 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.

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der IKK classic teilnehmen.

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

Bestätigung der Teilnahme durch Versicherten

Bestätigung der Teilnahme durch Hausarzt

Datum/Unterschrift des Versicherten (ggf. gesetzlichen Vertreters)

Datum/Unterschrift des Hausarztes

Stempel des Hausarztes/Arztpraxis