

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



Teilnahmeerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V und einer ergänzenden besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gem. § 73c SGB V

Rücksendung an: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

- Ersteinschreibung
 Arztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bei der teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am Hausarztprogramm teilnehme.
- ausführlich und umfassend über die von meiner Krankenkasse angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir eine Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- 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 Ärzten/Krankenhäusern im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten und ärztlichen Notfalldiensten.
- im Vertretungsfall ausschließlich (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.
- damit einverstanden bin, dass meine Krankenkasse im Bedarfsfall meine Hilfsmittelversorgung koordiniert und mich umfassend über individuelle Maßnahmen berät.
- die Patienteninformation nach der DSGVO habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- 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, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) möglich ist und grundsätzlich nur eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt erklären kann.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen.
- im Datenbestand meiner Krankenkasse ein Merkmal gespeichert wird, dass erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen und bin von meinem Hausarzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm beraten worden und einverstanden.

Ja, ich bin einverstanden, dass zur Qualitätssicherung wissenschaftliche Auswertungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.

Widerrufsbelehrung

Mir ist bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der 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. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, bin ich an meine Teilnahmeerklärung und an die Wahl meines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Vertragsarztstempel

Unterschrift Arzt