

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

Teilnahmeerklärung

zur

Hausarztzentrierten

Versorgung (HzV)

der

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse



SVLFG

Ersteinschreibung Hausarztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG als LKK) versichert bin und meinen Erstwohnsitz in Schleswig-Holstein habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt wähle und mich ein Jahr an ihn binde.
- ich ausführlich und umfassend über die HzV informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich an alle Pflichten des Vertrages zu halten und mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende frühestens jedoch zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber der SVLFG als LKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme automatisch.
- ich 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 im Notfall, Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HzV-Hausarztes) grundsätzlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die SVLFG als LKK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- die Teilnahme mit dem Datum meiner Unterschrift beginnt.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der SVLFG als LKK -Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.

- die Teilnahme an weiteren Verträgen der SVLFG als LKK zur hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen ist, wenn ich mich zu diesem Vertrag einschreibe.
- ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 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 an der HzV.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten Hausarzt mitgeteilt werden.
- die SVLFG als LKK und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigtem Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der SVLFG als LKK ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.

Wenn Sie die folgenden Fragen nicht durch Ankreuzen mit Ja beantworten, können Sie nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Ja, ich möchte am SVLFG als LKK -Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Ja, ich bin von meinem Hausarzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ detailliert beraten worden und damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Hausarztes

Stempel