

# Anlage 1 - Hausarztzentrierte Versorgung gemäß 73 b SGB V mit der pronova BKK

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

## Teilnahmeerklärung

zur

## Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der pronova BKK

**pronova BKK**  
Partner für Ihre Gesundheit

DEUTSCHER  
**HAUSÄRZTEVERBAND**  
Landesverband Niedersachsen e.V.  
Landesverband Braunschweig e.V.

- Ersteinschreibung       Hausarztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der pronova BKK versichert bin und bisher nicht an einem Hausarztvertrag teilnehme.
- ich den unterzeichnenden Arzt als meinen persönlichen HzV-Arzt wähle und mich mindestens 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 mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten HzV-Arzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten HzV-Arzt 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-Arzt) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die pronova BKK 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 pronova BKK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- 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.

- 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 meine Teilnahme an der HzV frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des ersten Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der pronova BKK kündigen kann. Nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres ist eine Kündigung nach Maßgabe der Satzung der pronova BKK möglich.
- ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der pronova BKK innerhalb einer Frist von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt der Widerrufsbelehrung in Textform, frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Widerrufserklärung an die pronova BKK.

### Ich stimme zu, dass

- mein gewählter HzV-Arzt 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 HzV-Arzt mitgeteilt werden.
- die Vertragsgemeinschaft die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten darf. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der pronova BKK ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- der gewählte HzV-Arzt kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert wird.

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

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

Tagesdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

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

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

Tagesdatum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

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

## Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Tagesdatum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des HzV-Arzt

Stempel