

Anlage 1 - Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der KKH

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

Teilnahmeerklärung

zur

**Hausarztzentrierten
Versorgung (HzV)
der KKH**



Ersteinschreibung **Hausarztwechsel**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der KKH 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 KKH informiere, da ggf. die Teilnahme an dieser HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- bei Nichteinhaltung der HzV meine Teilnahme einseitig beendet werden kann.
- mit Ende der KKH-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 acht Wochen zum Ende des ersten Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der KKH kündigen kann. Nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres ist eine Kündigung nach Maßgabe der Satzung der KKH möglich.
- **ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der KKH 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 KKH.**

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 KKH und die Vertragsgemeinschaft 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 ausgehändigten Informationen zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der KKH 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