



+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarztprogramm

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der oben genannten Betriebskrankenkasse versichert bin und meinen Wohnsitz in Hessen habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am BKK Hausarztprogramm teilnehme.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat** zum Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber meiner BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- 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, Augenärzten und Kinderärzten sowie ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HZV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine BKK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner Betriebskrankenkasse angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HZV) informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am BKK Hausarztprogramm:

Ja, ich möchte am BKK Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt Hessen“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am BKK Hausarztprogramm einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am BKK Hausarztprogramm nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine BKK oder ihr Partner mich telefonisch zum Versorgungsmanagement kontaktiert.

Die Bestimmungen des Datenschutzes müssen dabei eingehalten werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Bestätigung durch den gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

Exemplar für den Versicherten

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 BKK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HZV endet
 - ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (Die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).
 - 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 am BKK Hausarztprogramm.
 - die BKK, die HÄVG und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV sind im Merkblatt beschrieben.
 - ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (siehe Merkblatt).
 - **ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- Ich stimme zu, dass
- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können
 - im Datenbestand der BKK und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum 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.



+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarztprogramm

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der oben genannten Betriebskrankenkasse versichert bin und meinen Wohnsitz in Hessen habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am BKK Hausarztprogramm teilnehme.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat** zum Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber meiner BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- 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, Augenärzten und Kinderärzten sowie ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HZV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine BKK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner Betriebskrankenkasse angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HZV) informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am BKK Hausarztprogramm:

Ja, ich möchte am BKK Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt Hessen“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am BKK Hausarztprogramm einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am BKK Hausarztprogramm nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine BKK oder ihr Partner mich telefonisch zum Versorgungsmanagement kontaktiert. Die Bestimmungen des Datenschutzes müssen dabei eingehalten werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Bestätigung durch den gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

Exemplar für den Arzt

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 BKK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HZV endet
 - ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (Die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).
 - 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 am BKK Hausarztprogramm.
 - die BKK, die HÄVG und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV sind im Merkblatt beschrieben.
 - ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (siehe Merkblatt).
 - **ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- Ich stimme zu, dass
- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können
 - im Datenbestand der BKK und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum 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.