



Exemplar für den Versicherten

Arztwechsel, Begründung

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

I. Teilnahmebedingungen

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- 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 von ärztlichen Notfalldiensten. Die Satzung meiner Krankenkasse kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Hausarztprogramm informiert bin,
- **mir die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

II. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Teilnahme am Hausarztprogramm

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm teilnehmen.

Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist außerdem bekannt, dass

- ich schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- meine im Rahmen des Hausarztprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 74 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf eines Jahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist,
- ich mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende meines HzV-Teilnahmehrs die Teilnahme schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse beenden kann. Näheres regelt die Satzung meiner Krankenkasse.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel



Exemplar für den Arzt

Arztwechsel, Begründung

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

I. Teilnahmebedingungen

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- 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 von ärztlichen Notfalldiensten. Die Satzung meiner Krankenkasse kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Hausarztprogramm informiert bin,
- **mir die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

II. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Teilnahme am Hausarztprogramm

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm teilnehmen.

Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist außerdem bekannt, dass

- ich schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- meine im Rahmen des Hausarztprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 74 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf eines Jahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist,
- ich mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende meines HzV-Teilnahmehrs die Teilnahme schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse beenden kann. Näheres regelt die Satzung meiner Krankenkasse.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel