



BKK. Mein Hausarzt

Exemplar für den Versicherten

+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 Baden-Württemberg habe.
ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am BKK Hausarztprogramm teilnehme.
ich bereit bin, mich 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.
ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen.
ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertragsarzt 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 BKK angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 7.2) ausgehändigt wurde.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am BKK Hausarztprogramm:

Ja, ich möchte am BKK Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.
Ja, ich möchte die Vorteile des Versorgungsmanagements meiner BKK nutzen (siehe Patienteninformation zum Datenschutz).
Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden.
Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Unterschrift des Hausarztes

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.
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.
meine Daten bei endgültiger Ablehnung meiner Teilnahme am Hausarztprogramm durch die Krankenkasse, in dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum vollständig gelöscht werden.
ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist.
ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
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 Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
im Datenbestand der BKK und dem vom Hausärzterverband und MEDI e.V. 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.

Ich stimme zu, dass

- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
im Datenbestand der BKK und dem vom Hausärzterverband und MEDI e.V. 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.

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters/ Vormunds

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters/ Vormunds

Stempel



BKK. Mein Hausarzt

Exemplar für den Arzt

+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 Baden-Württemberg habe.
ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am BKK Hausarztprogramm teilnehme.
ich bereit bin, mich 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.
ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen.
ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertragsarzt 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 BKK angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 7.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am BKK Hausarztprogramm:

Ja, ich möchte am BKK Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.
Ja, ich möchte die Vorteile des Versorgungsmanagements meiner BKK nutzen (siehe Patienteninformation zum Datenschutz).
Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am BKK Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.
Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Unterschrift des Hausarztes

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 (i.d.R. beginnt die Teilnahme im 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 HzV.
meine Daten bei endgültiger Ablehnung meiner Teilnahme am Hausarztprogramm durch die Krankenkasse, in dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum vollständig gelöscht werden.
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 die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ich stimme zu, dass

- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
im Datenbestand der BKK und dem vom Hausärzterverband und MEDI e.V. 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.

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters/ Vormunds

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters/ Vormunds

Stempel