

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

+TE-ID+

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

- nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- 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 AOK-HausarztProgramm.
- ein Wechsel des Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes 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 stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte (Fach-)Ärzte und 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 Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG bzw. MEDI 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.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- die an der HZV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).

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

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt _____

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Stempel

Unterschrift des Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

+TE-ID+

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK- HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

- nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- 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 AOK-HausarztProgramm.
- ein Wechsel des Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes 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 stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte (Fach-)Ärzte und 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 Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG bzw. MEDI 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.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- die an der HZV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).

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

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel

Unterschrift des Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes