

Name, Vorname des Versicherten					geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum		

## Anlage 2

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen HÄV RLP und BKK LV Mitte

## **Teilnahme-, Einwilligungs- und Datenabfrageerklärung**

**Teilnahmeerklärung**

**Information über Hausarztwechsel**

Ziel des Vertrages „Hausarztzentrierte Versorgung“ ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in Rheinland-Pfalz zu gewährleisten und zu verbessern. Dies soll insbesondere durch die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion der ärztlichen und veranlassten Leistungen (Akutmedizin, Pflege und Rehabilitation) durch Ihren Hausarzt erreicht werden. Mit der Einschreibung entscheiden Sie sich verbindlich für Ihren betreuenden Hausarzt. Dieser ist Ihr erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen.

**Hiermit erkläre ich, dass ich umseitige Informationen und Verpflichtungen zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gelesen habe.**

Ja, ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen und bin an diese Verpflichtung mindestens bis zum Ablauf eines Jahres gebunden. Bei wiederholten Verstößen gegen meine Verpflichtungen kann der vorzeitige Ausschluss durch die Krankenkasse erfolgen.

### **Belehrung über Widerrufsrecht**

**Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner BKK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine BKK.**

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
TT MM J J J J  
(Bitte das heutige Datum eintragen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### **Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen):**

Die von meiner Krankenkasse und im Merkblatt zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO (Anhang 1 zur Anlage 2) beschriebene Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Insbesondere ist mir bekannt, dass bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt bleiben.

\_\_\_\_\_  
TT MM J J J J  
(Bitte das heutige Datum eintragen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### **nur vom Arzt auszufüllen**

**Ich bestätige, dass ich für die/den vorgenannte(n) Versicherte(n) die Koordination im Rahmen des Hausarztmodells im Sinne des o. g. Vertrages wahrnehme.**

\_\_\_\_\_  
TT MM J J J J  
(Bitte das heutige Datum eintragen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Arzt

## **Anlage 2**

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen HÄV RLP und BKK LV Mitte

### **Hiermit erkläre ich, dass**

- mich meine Krankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung informiert hat und
- der benannte bzw. unterzeichnende Arzt mein Hausarzt ist.
- ich die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO (Anhang 1 zu Anlage 2) gelesen, verstanden und erhalten habe.
- ich die Belehrung über mein Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen habe.

### **Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig ist.
- meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung mindestens ein Jahr umfassen soll, ausgenommen im Falle eines Wohnortwechsels.
- mein Hausarzt meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachlichen und der Krankenhausbehandlung sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistungen).
- sich mein Hausarzt einen umfassenden Überblick über meine Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z. B. Arzneimittel, Fachärzte, Häusliche Krankenpflege) verschafft.

### **Meine Vorteile auf einen Blick**

- Qualitätsorientierte und intensive Betreuung durch meinen Hausarzt als ersten Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen
- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Koordinierung und Steuerung der ärztlichen und veranlassten Leistungen
- Optimal abgestimmte Arzneimitteltherapie
- Werktägliche Abendsprechstunde

### **Hiermit verpflichte ich mich**

- während der Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ambulante, fachärztliche und stationäre Behandlung im Regelfall nur auf Überweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Eine Direktinanspruchnahme eines Facharztes ist möglich beim Fachgebiet für Gynäkologie und Augenheilkunde.
- meinen Hausarzt und die weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte für die Erhebung und Übermittlung von Patientendaten an weiterbehandelnde Vertragsärzte sowie Krankenhausärzte unter Berücksichtigung der berufs- und sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen zu autorisieren.
- alle an der Behandlung beteiligten Ärzte auf meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ausdrücklich hinzuweisen.