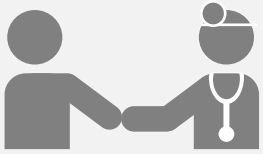
Handlungsanleitung für Hausärzte zur Einschreibung eines Patienten in die HzV

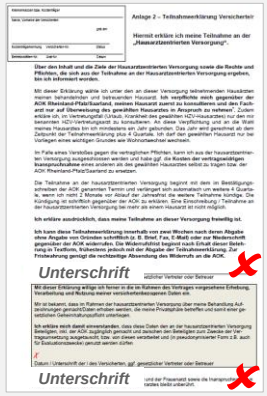
AOK Die Gesundheitskasse.

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.

☎ **06352 714-109**



Ihr AOK-versicherter Patient möchte an der HzV teilnehmen



*Füllen Sie dafür den Vordruck **Teilnahmeerklärung Versicherter** mit Datenschutzbestimmungen aus und lassen Sie Ihren Patienten **2 mal unterschreiben***

*Senden Sie bitte die unterschriebene Teilnahmeerklärung **im Original** in dem zur Verfügung gestellten Rückumschlag an die AOK RPS*

Eine Kopie können Sie in der Patientenakte ablegen

Auf Wunsch können Sie Ihrem Patienten eine Kopie seiner Teilnahmeerklärung für seine Unterlagen mitgeben

*Bei Bedarf können Sie Ihrem Patienten gerne **weitere Infomaterialien** zur HzV übergeben (z.B. Versicherteninformation)*

*Nach Erhalt der Original-Teilnahmeerklärung Ihres Patienten prüfen wir diese und informieren Sie schriftlich, falls eine Teilnahme **nicht** möglich ist*