

Versicherten-Einschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung



HAUSÄRZTEVERBAND
BREMEN



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft eG

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Versicherteneinschreibung
zur hausarztzentrierten Versorgung
AOK Bremen/Bremerhaven**

Arztwechsel

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Patienten-Information, Teilnahme- und Datenschutz-Erklärung bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin außerdem von meinem Hausarzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Umsetzung der HzV, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung nach Maßgabe der Patienteninformation einschließlich der Übermittlung an die HÄVG und ihr Rechenzentrum sowie das Rechenzentrum der AOK Bremen/Bremerhaven zu.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Arztstempel

**Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
HÄVG - c/o ARZ Service GmbH
Landstr. 39-41, 42781 Haan**