

Informationsblatt: Einschreibung der Versicherten HzV-Vertrag mit der SIGNAL IDUNA IKK

1. Ausfüllen der Teilnahmeerklärung des Versicherten

- Bei **Teilnahmewunsch** Ihres SIGNAL IDUNA IKK-Patienten händigen Sie ihm bitte die **Patienteninformationen I und II, die Teilnahmeerklärung und den Sonderbeleg Versicherteneinschreibung** aus und bitten ihn, diese sorgfältig durchzulesen.
- Bitte bedrucken Sie den **Sonderbeleg** zur Versicherteneinschreibung (handschriftlich ausgefüllte Belege werden nicht akzeptiert). Der Kopf der **Teilnahmeerklärung** hingegen kann von dem Patienten handschriftlich ausgefüllt werden.
- Nachdem der Patient die Dokumente sorgfältig durchgelesen hat, legen Sie ihm bitte sowohl die **Teilnahmeerklärung in zweifacher Ausführung** (ein Exemplar für den Arzt und ein Exemplar für den Patienten) als auch **ein Exemplar des Sonderbeleges** zur Unterschrift vor.
- Danach setzen Sie Ihren **Praxisstempel** auf die **Teilnahmeerklärungen und den Sonderbeleg**. Bei Patienten unter 15 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Erziehungsberechtigter bzw. gesetzlicher Vertreter unterschreibt. Gleiches gilt für Betreuungsfälle.

2. Teilnahmemöglichkeiten des Versicherten

- Mit seiner **ersten Unterschrift** (siehe Schaubild) erklärt der Versicherte seine Teilnahme am **IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT**. Damit wählt er gleichzeitig den **Versorgungswahltarif persönlich plus** der SIGNAL IDUNA IKK. Im Rahmen dessen kann er Bonuspunkte sammeln und Prämienzahlungen der SIGNAL IDUNA IKK erhalten. Außerdem wird er dadurch **in Ihrer Praxis von der Praxisgebühr befreit**.
- Mit der **zweiten Unterschrift** kann der Versicherte **zusätzlich freiwillig** seine Teilnahme am **IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus** erklären. Grundlage ist der Vertrag zur Integrierten Versorgung zwischen der SIGNAL IDUNA IKK und der Medical Networks CJ GmbH & Co. KG.

Vom Patienten handschriftlich auszufüllen

Teilnahmeerklärung Versicherte Hausarztprogramm MEIN ARZT und Versorgungsprogramm persönlich plus der SIGNAL IDUNA IKK

Belag für den Versicherten und den Hausarzt

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Str. Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der SIGNAL IDUNA IKK versichert bin und den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens ein Jahr wählen, ich ausdrücklich und unwiderruflich über die hausärztliche Versorgung (HZV) informiert wurde und bereit bin, mich im erforderlichen Umfang als bei der Behandlung zu betätigen.
- ich darüber informiert wurde, Patienten mit einer Frist von einem Monat zum Ende meines HZV-Vertrages (bis zum Ablauf der Teilnahme an der HZV) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der SIGNAL IDUNA IKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere ambulante fachärztliche Behandlungen nur nach Beratung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht bei unklarer oder krankheitsbedingter Abwesenheit meines Hausarztes, bei Hausarztwechsel von Arzt zu heilender, Augen- und Frauenärztin sowie von ärztlicher Krankheits- über Beratung Hausarzt bei Vertretungsmöglichkeiten muss ich die Praxisgebühr entrichten. Ich informiere in solchen Fällen andere an der Behandlung beteiligte Ärzte über meine Teilnahme an MEIN ARZT und reize diese den von mir gewählten Hausarzt, ich im Vertretungsfall z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes oder bei sonstiger HZV-Vertretung zur Aufnahme.
- ich eine Krankheitsbehandlung von Vorteil ist abgeben - nur auf Veranlassung meines Hausarztes oder des auf Überweisung (K) geschiedenen Facharztes in Anspruch nehme.
- ich bei Leistung meines Versicherungsverhältnisses und Verlegung meines Wohnortes in ein anderes Bundesland unverzüglich die SIGNAL IDUNA IKK informieren, da ggf. die Teilnahme an der HZV und/oder dem Versorgungsprogramm persönlich plus nicht möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- der gewählte Hausarzt meine Behandlungen im Rahmen dieser HZV koordiniert und mein erster Ansprechpartner ist. Dies umfasst die hausärztliche Betreuung, die Koordination der Fachärzte und die Koordination der notwendigen zentralen Diagnostik und der notwendigen ambulanten Behandlungen, insbesondere von Arzt-, Heil- und physiotherapeutischen Krankengymnastik. Mein Hausarzt kann mich an wichtige Untersuchungsstellen entsenden.
- ich mich der Umsetzung der Teilnahmeerklärung MEIN ARZT und des Vertrags zum Versorgungsprogramm MEIN ARZT verpflichte und zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V vom 1. Dezember 2009 zwischen der SIGNAL IDUNA IKK und der Medical Networks CJ GmbH & Co. KG.
- ich mich Einreichung für das Programm MEIN ARZT am Versorgungsahltarif persönlich plus der SIGNAL IDUNA IKK. Der Versorgungsahltarif persönlich plus beinhaltet grundsätzlich ein Verhältnis mit einer Einzahlung von bis zu 100 Euro pro Teilnahmejahr. Im Sinne einer Abschlagszahlung auf die Prämie bis hin von der Zahlung der Praxisgebühr befreit. Der Erwerb von Bonuspunkten für die Prämienberechnung hängt von der Teilnahme an der HZV und der Teilnahme am Versorgungsprogramm persönlich plus ab. Die Details der Aufbaumöglichkeiten bei der SIGNAL IDUNA IKK erfahren oder unter www.personlich-plus.de.
- ich mich Einreichung für das Programm MEIN ARZT am Versorgungsahltarif persönlich plus. Die Teilnahme ist freiwillig. Ich erhalte zusätzliche Leistungen im Rahmen individueller Gesundheitspakete, z. B. die Erstattung von ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Die SIGNAL IDUNA IKK stellt mir auf Verlangen meine Hausarzt Informationen und Schulungsmaterial zur Verfügung. Die mein Hausarzt für meine Gesundheit ist relevant anstelle. Meine grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm kann ich mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Quartals nach Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung schriftlich widerrufen. Dies erfolgt jedoch nicht, wenn die Zusatzoption des Versorgungsprogramms nicht in Anspruch nehmen kann.
- ich zur beschriebenen rechtlich über meine Teilnahme informiert wurde. In die Regel beginnt die Teilnahme am Versorgungsahltarif persönlich plus mit dem Folgequartal.
- die Teilnahme an der HZV MEIN ARZT am Versorgungsprogramm persönlich plus und am Versorgungsahltarif persönlich plus freiwillig ist.
- ich Hausarztwechsel vor Ablauf meines HZV-Teilnahmejahres für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (z.B. bei HZV-Vertrag, Wegzug, ernstes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HZV-Arzt voraussetzt.
- ich bei Nichterhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen an der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Kosten, die durch nicht vertragkonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden können.

Bitte schicken Sie den Sonderbeleg Versicherteneinschreibung (DIN A 6) an: SIGNAL IDUNA IKK - Zentrale Beleglieferung Postfach 1160 33041 Paderborn

Praxisstempel

1. Unterschrift des Patienten (notwendig für die Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT)

2. Unterschrift des Patienten (notwendig für die Teilnahme am IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus)

Wird automatisch durch Software befüllt

Sonderbeleg Versicherteneinschreibung IKK Hausarztprogramm MEIN ARZT und/oder IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am _____

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ja, ich möchte am **IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT** teilnehmen und gleichzeitig den **Versorgungswahltarif persönlich plus** der SIGNAL IDUNA IKK. Ich bestätige hiermit die Teilnahme an der HZV und der Teilnahme am Versorgungsprogramm persönlich plus. Ich bestätige hiermit die Teilnahme am Versorgungsahltarif persönlich plus. Ich bestätige hiermit die Teilnahme am Versorgungsahltarif persönlich plus. Ich bestätige hiermit die Teilnahme am Versorgungsahltarif persönlich plus.

Bitte schicken Sie diesen Sonderbeleg Versicherteneinschreibung (DIN A 6) an: SIGNAL IDUNA IKK - Zentrale Beleglieferung Postfach 1160 33041 Paderborn

Ja, ich möchte am **IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus** teilnehmen. Mir sind dessen Inhalt, die Patienteninformationen I und II, Teilnahmevoraussetzungen und Datenschutzerklärung bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahmeerklärung und **stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation II beschriebenen Umfang zu**. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen, für Mehrkosten, die durch mich nicht vertragkonformes Verhalten entstehen, kann haftbar gemacht werden. Meine Teilnahme ist freiwillig. Hiermit bestätige ich, dass der nebenstehend genannte Arzt mein betreuender Hausarzt i. R. der hausärztlichen Versorgung ist.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters für persönlich plus

Vertragsarztstempel

Datum _____ Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters für MEIN ARZT

Bei Arztwechsel Kreuz setzen und Grund für Arztwechsel angeben

2. Unterschrift des Patienten (IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus)

Den **Sonderbeleg** (A6) senden Sie bitte **zeitnah per Post** an:

SIGNAL IDUNA IKK, Zentrale Beleglesung, Postfach 1160, 33041 Paderborn

(mehrere Sonderbelege können gesammelt und **wöchentlich** an das vorgenannte Postfach geschickt werden)

Ein Exemplar der **Teilnahmeerklärung** (A4) händigen Sie dem **Patienten** aus.

Ein weiteres Exemplar der **Teilnahmeerklärung verbleibt in Ihrer Praxis** (z.B. Patientenakte).

3. Teilnahme des Versicherten

- Am **IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT** können Versicherte der SIGNAL IDUNA IKK mit Wohnsitz im Vertragsgebiet teilnehmen. Es gibt keine Altersbegrenzung. Der Versicherte bindet sich für mind. 12 Monate an den von ihm gewählten Hausarzt.
- Die Teilnahme des Versicherten am **IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT** kann ausschließlich zum Quartalsbeginn erfolgen. Bitte beachten Sie, dass der vollständig ausgefüllte **Sonderbeleg Versicherteneinschreibung** jeweils zu den Stichtagen **10. Februar, 10. Mai, 10. August und 10. November** der SIGNAL IDUNA IKK vorliegen muss, damit der Versicherte wirksam zum Folgequartal eingeschrieben werden kann.
- Es ist notwendig, dass die korrekte Krankenversicherungsnummer des Versicherten, die LANR und die BSNR angegeben sind.
- Handschriftliche Ergänzungen, zu schwaches Schriftbild oder verschobene Ausdrücke sind nicht beleglesefähig. Sonderbelege dürfen nicht gefaltet oder geknickt eingereicht werden. Bitte verwenden Sie hierzu entsprechende Versandhüllen.
- Sie erhalten kurz vor Quartalsbeginn eine Liste über den Einschreibestatus Ihrer Versicherten, für die Sie einen Sonderbeleg an die SIGNAL IDUNA IKK versandt haben. Bitte aktivieren Sie erst nach Erhalt der Liste die von der SIGNAL IDUNA IKK bestätigten Patienten-Einschreibungen in Ihrer Vertragssoftware.

4. Nicht teilnahmeberechtigte Versicherte

Nicht teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die

- bereits an einem anderen Hausarztprogramm der SIGNAL IDUNA IKK teilnehmen;
- keine gültige Versichertenunterschrift geleistet haben (diese Sonderbelege werden an den Versicherten zur Korrektur zurückgeschickt);
- durch einen Betreuer/Vormund betreut werden, dessen Einverständnis durch den Arzt nicht eingeholt wurde und der die Teilnahme am **IKK-Hausarztprogramm MEIN ARZT** oder am **IKK-Versorgungsprogramm persönlich plus** untersagt;
- über den Wahltarif „privat+“ Kostenerstattung gewählt haben.

5. Teilnahme innerhalb von Gemeinschaftspraxen

Bitte beachten Sie innerhalb von Gemeinschaftspraxen, dass der Versicherte bei der Einschreibung dem betreuenden Arzt innerhalb der Praxis zugewiesen wird (korrekte LANR auf dem Sonderbeleg).

6. Weitere Informationen

Unter www.hausaerzteverband.de finden Sie zahlreiche „Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQs)“.

Ansprechpartner bei Fragen zum Vertrag:

HÄVG: 02203 / 57 56-1111