

# Informationsblatt zum Ausfüllen des Sonderbeleges zur Versicherteneinschreibung in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der Vereinigten IKK

Wird automatisch durch die Software befüllt und anschließend ausgedruckt. Sofern dieser Teil handschriftlich ausgefüllt wird kann der Beleg nicht verarbeitet werden. Bitte achten Sie darauf, dass alle Felder korrekt ausgefüllt sind und der Beleg richtig in den Drucker eingelegt wird, so dass der Druck an der dafür vorgesehenen Stelle erfolgt.

Das Kästchen für die Teilnahme am IKK Hausarztprogramm mein-arzt MUSS angekreuzt werden.

Das Datumfeld muss leserlich ausgefüllt werden.

**1. Unterschrift des Patienten**  
Mit dieser Unterschrift erklärt der Patient seine Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm mein-arzt (HzV). Diese Unterschrift MUSS geleistet werden. Bei Patienten unter 15 Jahren muss ein Erziehungsberechtigter bzw. ein gesetzlicher Vertreter unterschreiben. Damit wählt der Patient gleichzeitig die Teilnahme am Arzttarif persönlich-plus der Vereinigten IKK. Im Rahmen dessen kann er Bonuspunkte sammeln und Prämienzahlungen der Vereinigten IKK erhalten. Außerdem ist er dadurch in Ihrer Praxis von der Praxisgebühr befreit.

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 (Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V vom 15.12.2009 zwischen der Vereinigten IKK, dem Hausärzterverband und der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG). 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 Zweck 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. Meine Teilnahme ist freiwillig.

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. Meine Teilnahme ist freiwillig.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters für **persönlich-plus**

Vertragsarztstempel

Datum  Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters für **mein-arzt**

Wenn die zusätzliche Teilnahme am IKK-Versorgungsprogramm persönlich-plus gewünscht ist, muss - zusätzlich zur Unterschrift - auch das Kästchen angekreuzt werden.

**2. Unterschrift des Patienten**  
Mit dieser Unterschrift kann der Patient freiwillig seine zusätzliche Teilnahme am IKK-Versorgungsprogramm persönlich-plus erklären (Grundlage ist der Vertrag zur Integrierten Versorgung zwischen der Vereinigten IKK und der Medical Networks CJ GmbH & Co. KG).

Der Praxisstempel darf nicht fehlen.

Dieser Teil des Beleges MUSS vollständig ausgefüllt werden

Den Sonderbeleg zur Versicherteneinschreibung senden Sie bitte **zeitnah mit normaler Post oder - wenn Sie einen Nachweis wünschen - per Einwurf-Einschreiben (empfohlen)** an:

**Vereinigte IKK, Zentrale Beleglesung, Postfach 1160, 33041 Paderborn**  
(mehrere Sonderbelege können gesammelt und **wöchentlich** an das vorgenannte Postfach geschickt werden)

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 Vereinigten IKK vorliegen muss, damit der Versicherte – vorbehaltlich einer Bestätigung durch die Vereinigte IKK - wirksam zum Folgequartal eingeschrieben werden kann.