

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

Bitte schicken Sie diesen Sonderbeleg
Versicherteneinschreibung (DIN A6) an:

SIGNAL IDUNA IKK
Zentrale Belegung
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 beschriebenem Umfang zu.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen. Meine Teilnahme ist freiwillig.

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 SIGNAL IDUNA IKK, dem Hausärzteverband 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 beschriebenem Umfang zu.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aussagen in diesen Erklärungen. Für Mehrkosten, die durch mein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, kann ich haftbar gemacht werden. Meine Teilnahme ist freiwillig. Hiermit bestätige ich, dass der nebenstehend genannte Arzt mein betreuender Hausarzt i. R. der hausarztzentrierten Versorgung ist.

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

Vertragsarztstempel

Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters für **MEIN ARZT**