

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.

Arzt-Nr.

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

**Vereinigte IKK**  
**Zentrale Belegung**  
**Postfach 1160**  
**33041 Paderborn**



Ja, Ich möchte am **IKK-Versorgungsprogramm persönlich-plus** teilnehmen. Mir sind dessen Inhalt, die Teilnahmebedingungen 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.

Ja, Ich möchte am **IKK-Hausarztprogramm mein-arzt** teilnehmen (Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung im Rahmen des Abkommens zwischen der SGB V vom 15.12.2009 zwischen der Vereinigten IKK, dem Gesundheitsministerium und der HA-VG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG). Mir sind dessen Inhalt, die Teilnahmebedingungen 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. 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**