

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

IKK-Hausarztprogramm und Versorgungsprogramm persönlich-plus

Beleg für den Versicherten und den Hausarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Nachname	Geburtsdatum						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort					

I. Teilnahmebedingungen Versicherte

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der IKK classic versichert bin und den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens ein Jahr wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert wurde und bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (ein Jahr ab Beginn der Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm schriftlich gegenüber der IKK classic 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 Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht bei urlaubs- oder krankheitsbedingter Abwesenheit meines Hausarztes, bei Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Augen- und Frauenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Ohne Überweisung (Ausnahme bei Vertretungsärzten) muss ich die Praxisgebühr entrichten. Ich informiere in solchen Fällen andere an der Behandlung beteiligte Ärzte über meine Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm und nenne ihnen den von mir gewählten Hausarzt.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich eine Krankenhausbehandlung – von Notfällen abgesehen – nur auf Veranlassung meines Hausarztes oder des auf Überweisung tätig gewordenen Facharztes in Anspruch nehme.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses und Verlegung meines Wohnsitzes in eine andere KV-Region unverzüglich die IKK classic informiere, da ggf. die Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm und/oder am Versorgungsprogramm persönlich-plus nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- der gewählte Hausarzt meine Behandlungen im Rahmen dieser HzV koordiniert und mein erster Ansprechpartner in allen medizinischen Fragen ist. Dies umfasst die hausärztliche Betreuung, die Koordination durch Fachärzte und Abstimmung bei Einweisung zur Krankenhausbehandlung sowie bei veranlassten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege. Mein Hausarzt kann mich an wichtige Untersuchungstermine erinnern.
- ich mit Unterzeichnung der „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und des „Sonderbeleg Versicherteneinschreibung“ am IKK-Hausarztprogramm teilnehme.
- ich mit meiner ersten Unterschrift auf dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ meine Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm und am Versorgungswahltarif der IKK classic erkläre.
- ich mit meiner zweiten Unterschrift auf dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ meine Teilnahme an dem Versorgungsprogramm persönlich-plus und am Versorgungswahltarif der IKK classic erkläre. Die Teilnahme ist freiwillig. Ich erhalte zusätzliche Leistungen im Rahmen individueller Gesundheitspakete, z. B. die Erinnerung an wichtige Arzt- und Untersuchungstermine. Die IKK classic stellt mir auf Veranlassung meines Hausarztes Informations- und Schulungsmaterial zur Verfügung, die mein Hausarzt für meine Gesundheit als relevant ansieht. Meine Bereitschaft zur Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm persönlich-plus kann ich mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Quartals nach Unterzeichnung dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ schriftlich widerrufen. Dies führt jedoch dazu, dass ich die Zusatzangebote des Versorgungsprogramms persönlich-plus nicht in Anspruch nehmen kann.

Da fühl ich mich gut.

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

IKK-Hausarztprogramm und Versorgungsprogramm persönlich-plus

- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn informiert werde. In der Regel beginnt die Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm mit dem Folgequartal.
- die Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm und am Versorgungsprogramm persönlich-plus freiwillig ist.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf meines HzV-Teilnahmejahres für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen (z. B. Facharztkonsultation ohne Überweisung entgegen der Patienteninformation zum Hausarztprogramm) aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Kosten, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft in der IKK classic der Ausschluss aus dem IKK-Hausarztprogramm und/oder dem Versorgungsprogramm persönlich-plus sowie dem Versorgungswahltarif erfolgt.
- ich die hier abgegebene Einwilligung zum IKK-Hausarztprogramm grundsätzlich frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres kündigen kann. Damit ist jedoch der Austritt aus dem IKK-Hausarztprogramm und dem Versorgungswahltarif verbunden.
- ich die Mitgliedschaft bei der IKK classic frühestens mit Wirkung zum Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme an dem IKK-Hausarztprogramm kündigen kann.
- mein Hausarzt mich zu meiner Krankengeschichte sowie zu Krankheiten, die in meiner Familie (Verwandschaft ersten Grades) bekannt sind, befragt und meinen Gesundheitsstatus erhebt.
- mein Hausarzt meinen Gesundheitsstatus (gesund, erhöhter Präventionsbedarf, chronisch krank, jeweils differenziert im Hinblick auf individuelle Gesundheitspakete), an die IKK classic übermittelt und dass die IKK classic diese Information nutzt, um eine weitergehende, maßgeschneiderte Versichertenbetreuung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, durchzuführen. Dies schließt eine direkte Kontaktaufnahme durch die IKK classic ein.
- meine zum IKK-Hausarztprogramm und/oder zum Versorgungsprogramm persönlich-plus sowie zum Versorgungswahltarif erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem IKK-Hausarztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens zehn Jahre nach Teilnahmeende an der HzV.
- **mir die „Patienteninformation zum Datenschutz“ ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

IKK-Hausarztprogramm und Versorgungsprogramm persönlich-plus

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am IKK-Hausarztprogramm

Mit der in den Patientinformationen und dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bin ich einverstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ja, ich möchte am IKK-Hausarztprogramm teilnehmen.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Praxisstempel

Unterschrift des Hausarztes

III. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsprogramm persönlich-plus

Mit der in den Patientinformationen und dieser „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bin ich einverstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ja, ich möchte am Versorgungsprogramm persönlich-plus teilnehmen.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters