

Sonderbeleg **Versicherteneinschreibung IKK-Hausarztprogramm** und/oder **IKK-Versorgungsprogramm persönlich-plus**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name des Versicherten

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

IKK classic
Zentrale Belegung
Postfach 1160
33041 Paderborn



Ja, ich möchte am **IKK-Versorgungsprogramm persönlich-plus** teilnehmen. Mir sind dessen Inhalt, die Patienteninformationen und Teilnahmevoraussetzungen bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt 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 beschriebenen Umfang zu**. Meine Teilnahme ist freiwillig.

Ja, ich möchte am **IKK-Hausarztprogramm** teilnehmen (Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V vom 15.12.2009 zwischen der IKK classic, dem Hausärzteverband und der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG). Mir sind dessen Inhalt, die Patienteninformationen zum IKK-Hausarztprogramm/Versorgungsprogramm persönlich-plus und zum Datenschutz und die Teilnahmevoraussetzungen bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Hausarzt 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 zum Datenschutz 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 im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ist.

X _____
Datum Unterschrift des Versicherten

Stempel der Arztpraxis/MVZ

X _____ X _____
Datum Unterschrift des Versicherten