



Teilnahme- und Einwilligungserklärung TK-Hausarztтарif

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Techniker Krankenkasse (TK) versichert bin.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am TK-Hausarztтарif teilnehme.
- ich von meinem Hausarzt ausführlich und umfassend über den von meiner Krankenkasse angebotenen TK-Hausarztтарif und die damit verbundene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir eine Patienteninformation zum TK-Hausarztтарif ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am TK-Hausarztтарif schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung an den gewählten Hausarzt. In diesem Fall ist eine Kündigung der Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres möglich.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten, Zahnärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich zeitgleich an keinem anderen hausärztlichen Versorgungsprogramm der Techniker Krankenkasse teilnehme
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) anstelle des von mir gewählten Hausarztes, ausschließlich den mir von ihm benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- mir Mehrkosten auferlegt werden können, die durch nicht teilnahmekonformes Verhalten meinerseits entstehen.
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Techniker Krankenkasse die Teilnahme an der HzV endet.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am TK-Hausarztтарif.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (z. B.: Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) und eine erneute Teilnahme am TK-Hausarztтарif bei einem anderen HzV-Arzt möglich ist.
- die TK eine Versichertenbefragung durchführen kann und die Teilnahme daran freiwillig ist.

Bitte wenden →

Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Ich willige ein, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Ich entbinde insoweit zugleich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht
- mein gewählter Hausarzt meinen Einschreibebogen über den Hausärzterverband und sein Rechenzentrum an die Techniker Krankenkasse übermittelt.
- mein Hausarzt die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum zum Zwecke der Rechnungsprüfung und Erstellung einer Abrechnungsdatei übermittelt
- die Techniker Krankenkasse meine bei ihr gespeicherten Daten einschließlich Diagnosen zur Durchführung von Versorgungsmanagement in den Bereichen
 - Arzneimittelverordnung
 - Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - Hilfsmittelverordnung / Heilmittelverordnung
 - Krankheitsbezogene Unterstützungsprozesse
 - Steuerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankengeldfällen

nutzt und sich hierüber mit meinem Hausarzt austauscht.

- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am TK-Hausarzttarif führen, von der Techniker Krankenkasse dem Rechenzentrum des Hausärzterverbandes mitgeteilt werden, damit mein Hausarzt entsprechend informiert wird.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Techniker Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass meine datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, eine Teilnahme am Hausarztprogramm dann aber nicht mehr möglich ist.

Begründung Arztwechsel (nur bei Wechsel des vorher bereits für 12 Monate gewählten Hausarztes.)

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HzV“ teilnehmen.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation TK-Hausarzttarif und der darin beschriebenen Datenverwendung vertraut gemacht. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am TK-Hausarzttarif bin ich einverstanden. Die Patienteninformation TK-Hausarzttarif und die Patienteninformation zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts. Ihr bisheriger Hausarzt wird Sie dann, sofern Sie dies wünschen, zu den bisherigen Konditionen weiter behandeln.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt:

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Arztstempel