

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK PLUS versichert bin.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am Hausarztprogramm teilnehme.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens 3 Monate zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber meiner AOK PLUS kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- 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 und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertreterarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine AOK PLUS informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner AOK PLUS angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert wurde und mir die Patienteninformation zum Hausarztprogramm (Anlage 6.1) und die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK PLUS-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- 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 im vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum und bei der AOK PLUS gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen bzw. vertraglichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm der AOK PLUS.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate 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.
- im Rahmen der Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durchgeführt werden können. Die weitere Verarbeitung meiner Daten erfolgt ausschließlich pseudonymisiert bzw. anonymisiert, jedenfalls auf gesetzlicher Grundlage.

Ich bin damit einverstanden, dass

- im Datenbestand der AOK PLUS und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte, soweit erforderlich, über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten Hausarzt in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum (HÄVG Rechenzentrum GmbH) zur Verfügung stellt. Die HÄVG Rechenzentrum GmbH ist die Abrechnungsstelle, bei der die Hausärzte die Leistungen abrechnen. Die HÄVG Rechenzentrum GmbH erhält in diesem Zusammenhang von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter Hausarzt.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Hausarztprogramm:

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ meiner AOK PLUS teilnehmen.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben

verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der

Teilnahme am Hausarztprogramm meiner AOK PLUS bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meine Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, bin ich an meine Teilnahmeerklärung und an die Wahl meines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die HzV Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes



Stempel