

Informationsblatt: Online Einschreibung der Patienten HZV-Vertrag mit der AOK in Baden-Württemberg

1. Ausfüllen der Teilnahmeerklärung des Versicherten

- Bei Teilnahmewunsch Ihres AOK-Patienten händigen Sie ihm bitte das Merkblatt aus.
- Bitte beantragen Sie die Patienten-Teilnahme in Ihrer Vertragssoftware und drucken Sie die „Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm“ mit Ihrem Praxisdruker aus.
- Nachdem der Patient das Merkblatt durchgelesen hat, legen Sie ihm bitte die ausgefüllten Teilnahmeerklärungen zur Unterschrift vor.
- Danach unterzeichnen Sie die Teilnahmeerklärungen. Bei minderjährigen Patienten ist sicherzustellen, dass die Erziehungsberechtigten unterzeichnen. Gleiches gilt für Betreuungsfälle.
- Ein Exemplar der Teilnahmeerklärung geben Sie bitte dem Versicherten mit, ein weiteres verbleibt bei Ihnen in der Praxis.

Teilnahmeerklärung des Versicherten

AOK HAUSARZT PROGRAMM
Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV)
Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte,
hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

L + TR - ID +

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist (siehe Merkblatt), habe.
- ich den anfechtbaren Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichtet, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt auszuschauen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch (Überweisung) nehmen werde. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notdienstleistungen. Das Weilsen ist die Diskretionsentscheidung von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertragsgehalt (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertragsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.
- ich bei Nichterhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meines Umgebungs entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschuss aus der HZV erbt.
- ich per Anschreiben nachträglich über meine Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgejahr).

Ja, ich möchte am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.
Ja, ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hierin gegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen: <T E-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers _____

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen:

Unterschrift des Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes _____

Stempel

Bei Arztwechsel
Kreuz setzen und
Grund für
Arztwechsel angeben

Folgende Felder
werden automatisch
durch die
Vertragssoftware
befüllt:

- Patientenkopf
- Datumsfelder
- Praxisstempel

Individueller TE-Code

Unterschrift des
Patienten!

Unterschrift des
Arztes!

WICHTIG: Die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Daten des Patienten senden Sie bitte online unter Angabe des patientenindividuellen TE-Codes mittels der Vertragssoftware an das HÄVG Rechenzentrum, nachdem die Teilnahmeerklärung vom Arzt und vom Patienten unterschrieben wurde.

2. Teilnahme des Versicherten

- Am AOK-HausarztProgramm können Patienten der AOK teilnehmen. Es gibt keine Altersbegrenzung. Der Versicherte bindet sich für mind. 12 Monate an den von ihm gewählten Hausarzt.
- Die Teilnahme des Versicherten am AOK-HausarztProgramm kann ausschließlich zum Quartalsbeginn erfolgen. Bitte beachten Sie, dass die Teilnahmeerklärung des Versicherten bis zum 1. Kalendertag des 2. Monats im Quartal (01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) mittels der Vertragssoftware online unter Angabe des Patientenindividuellen TE-Codes an das HÄVG Rechenzentrum übermittelt worden sein muss, damit der Versicherte wirksam zum Folgequartal eingeschrieben werden kann.
- Zwingend notwendig ist, dass der patientenindividuelle TE-Code, die korrekte Krankenversicherungsnummer des Versicherten, die LANR und die BSNR sowie die korrekte von der Managementgesellschaft vergebene HÄVD-ID erfasst wurden.
- Sie erhalten kurz vor Quartalsbeginn eine Liste über den Einschreibestatus Ihrer Versicherten, für die Sie eine Teilnahmeerklärung versandt haben. Bitte aktivieren Sie erst nach Erhalt der Liste die von der AOK bestätigten Patienteneinschreibungen in Ihrer Vertragssoftware.

3. Nicht teilnahmeberechtigte Versicherte

Nicht teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die laut Datenbestand der AOK Baden-Württemberg

- zwischenzeitlich **verstorben** sind
- bereits an einem **anderen Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg teilnehmen** (z. B. die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“)
- so genannte **Auftragsfälle** sind, die im Rahmen der gesetzlichen Regelungen von Krankenkassen **betreut** werden, krankenversicherungsrechtlich aber nicht – auch wenn sie eine gültige AOK-Versichertenkarte besitzen – zum Kreis der Versicherten zählen (z. B. **betreute Grenzgänger, Sozialhilfe-Empfänger, durch BVG oder SVG Betreute** u.v.a.)
- abgemeldet sind (**keine Mitgliedschaft bei der AOK**) und/oder **keine offene Versicherungszeit** bei der AOK Baden-Württemberg haben
- durch einen **Betreuer/Vormund** betreut werden, dessen Einverständnis durch den Arzt nicht eingeholt wurde und der die **Teilnahme an der HZV untersagt**.

4. Teilnahme innerhalb von Gemeinschaftspraxen

Bitte beachten Sie innerhalb von Gemeinschaftspraxen, dass der Versicherte bei der Einschreibung dem betreuenden Arzt innerhalb der Praxis zugewiesen wird (Korrekte Arzt-Daten auf der Versicherten-Teilnahmeerklärung).

5. Weitere Informationen

Unter www.hausarzt-bw.de und www.medi-verbund.de finden Sie zahlreiche „Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQs)“.

Ansprechpartner bei Fragen zum Vertrag

Ihr zuständiger **AOK-ArztPartnerService**

HÄVG RD Süd: 0711 21747-600 (MO – FR von 9:00 – 17:00 Uhr)

Hausärzterverband Baden-Württemberg: 0711 21747-500

MEDI Baden-Württemberg: 0711 806079-111