



## Exemplar für den Versicherten

Arztwechsel, Begründung

### I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

#### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden.
- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der AOK NORDWEST die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- meine im Rahmen des Hausarztprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm bei der AOK NORDWEST gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf eines HzV-Teilnahmejahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist und grundsätzlich eine erneute Teilnahmeerklärung bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt. Wechselt mein Hausarzt, weil der bisher von mir gewählte Hausarzt seine Praxis an einen Nachfolger übergibt, dann ist dieser Praxisnachfolger, sofern dieser am Hausarztvertrag teilnimmt, mein neuer Hausarzt, sofern ich die HzV-Teilnahme nicht innerhalb von 2 Wochen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Zugang des Schreibens der AOK NORDWEST mit der Information des Hausarztwechsels.

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK NORDWEST versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm der AOK NORDWEST teilnehme,
- ich darüber informiert wurde, dass meine Teilnahme nach schriftlicher Kündigung gegenüber der AOK NORDWEST mit **einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist** (12 Monate ab Teilnahmebeginn) ohne Angabe von Gründen endet,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- 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. Die Satzung der AOK NORDWEST kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NORDWEST informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich ausführlich und umfassend über das von der AOK NORDWEST angebotene Hausarztprogramm informiert bin,
- mir die **Patienteninformationen zum Hausarztprogramm (Anhang 1 zur Anlage 6) und zum Datenschutz (Anhang 2 zu Anlage 6) ausgehändigt wurden, in der u.a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

### II. Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Zusammenhang mit der Teilnahme am Hausarztprogramm

Mit der o. a. und in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ bin ich einverstanden. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten, mich mit ihr vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK NORDWEST ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NORDWEST. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt der Belehrung der AOK NORDWEST in Textform.

Bitte das heutige Datum eintragen

---

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

### Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

---

Unterschrift des Hausarztes

Stempel



## Exemplar für den Arzt

Arztwechsel, Begründung

### I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

#### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden.
- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der AOK NordWest die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- meine im Rahmen des Hausarztprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm bei der AOK NordWest gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf eines HzV-Teilnahmejahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist und grundsätzlich eine erneute Teilnahmeerklärung bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt. Wechselt mein Hausarzt, weil der bisher von mir gewählte Hausarzt seine Praxis an einen Nachfolger übergibt, dann ist dieser Praxisnachfolger, sofern dieser am Hausarztvertrag teilnimmt, mein neuer Hausarzt, sofern ich die HzV-Teilnahme nicht innerhalb von 2 Wochen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Zugang des Schreibens der AOK NordWest mit der Information des Hausarztwechsels.

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK NordWest versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm der AOK NordWest teilnehme,
- ich darüber informiert wurde, dass meine Teilnahme nach schriftlicher Kündigung gegenüber der AOK NordWest mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist (12 Monate ab Teilnahmebeginn) ohne Angabe von Gründen endet,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- 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. Die Satzung der AOK NordWest kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NordWest informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich ausführlich und umfassend über das von der AOK NordWest angebotene Hausarztprogramm informiert bin,
- mir die Patienteninformationen zum Hausarztprogramm (Anhang 1 zur Anlage 6) und zum Datenschutz (Anhang 2 zu Anlage 6) ausgehändigt wurden, in der u.a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

### II. Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Zusammenhang mit der Teilnahme am Hausarztprogramm

Mit der o. a. und in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ bin ich einverstanden. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten, mich mit ihr vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK NordWest ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt der Belehrung der AOK NordWest in Textform.

Bitte das heutige Datum eintragen

---

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

### Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

---

Unterschrift des Hausarztes

Stempel