

Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Patienten-Information zum Hausarztprogramm, die Patienteninformation zum Datenschutz sowie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Hausarzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Umfang zu.



HzV-Beleg zur hausarztzentrierten Versorgung HzV-Vertrag BKK Bayern

Arztwechsel

Datum/Unterschrift des Arztes und Vertragsarztstempel
Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln