

Teilnahmeerklärung:
zur besonderen privaten hausärztlichen Versorgung
(„PHV“) nach Maßgabe des Kooperationsvertrages der
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG („HÄVG“) unter-
stützt durch den Deutschen Hausärzteverband mit
AXA Krankenversicherung AG / DBV
Gothaer Krankenversicherung AG
(„PKVen“)



Per Fax an die HÄVG
01805 - 00 24 25 – 540
(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Min)

Stammdaten Arzt

- Approbierter Arzt ohne KV-Zulassung
 Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V

LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ	Ort	Telefax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden; die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine in diesem Formular enthaltenen "Stammdaten Arzt" über das Rechenzentrum der HÄVG und das dort geführte, laufend aktualisierte Arzt-Verzeichnis an die AXA Krankenversicherung AG und an die Gothaer Krankenversicherung AG übermittelt werden. Bei vorliegender Zustimmung der Privaten Krankenversicherungen wird dann meine Teilnahme an der besonderen hausärztlichen Versorgung durch das Rechenzentrum der HÄVG erklärt. Diese Daten dürfen in einem Verzeichnis im Internet veröffentlicht werden.
- Über die Medikation der Versicherten werden auf diesem Weg jedoch lediglich anonymisierte, also nicht personenbezogene Daten über das Rechenzentrum der HÄVG an die genannten Versicherungen übermittelt. Als Arzt halte ich mich an meine Schweigepflicht.

Teilnahme des Arztes

Hiermit erkläre ich als Arzt verbindlich meine Teilnahme an der PHV. Ich habe den Kooperationsvertrag gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher dort genannter Regelungen.

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel