

## **Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement**

### **Einwilligungserklärung des Patienten**

Zusätzlich zur hausarztzentrierten Versorgung und als Bestandteil des Versorgungsmanagements bieten die Krankenkassen unterschiedlich umfangreiche Angebote bei bestimmten Erkrankungen oder in Lebenssituationen für Ihre Versicherten an. Diese Selektivverträge ermöglichen es den gesetzlichen Krankenkassen, innovative Versorgungskonzepte zu vereinbaren und damit ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung zusätzlich zur Regelversorgung anbieten zu können.

Hierbei werden Sie oder Ihr Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung unterstützt oder es werden Maßnahmen zum besseren Management der Versorgung, zum Beispiel beim Übergang von hausärztlicher zu, fachärztlicher und therapeutischer Behandlung angeboten.

Der Hausarzt kann in seiner Lotsenfunktion Sie als Patienten in Ihrer ganzheitlichen Konstitution betrachten und frühzeitig erkennen, ob solche erweiterten Versorgungsangebote für Sie von Vorteil sind.

Diese zusätzliche Versorgung setzt einen Informationsaustausch zwischen Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse voraus. Hierbei übermittelt der Hausarzt folgende Informationen an die Kasse:

- Empfehlung für spezielle Versorgungsangebote
- Diagnose
- Ggfls. Arbeitsunfähigkeit

Sie werden dazu zunächst von Ihrem Hausarzt und später von Ihrer Krankenkasse eingehend unterrichtet und beraten.

Ihre Krankenkasse kann diese Daten verwenden, um Ihnen zusätzliche Angebote zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes zu machen, z. B. zur Teilnahme an besonderen Behandlungsprogrammen oder zu besonderen Pflegeangeboten. Eine Weitergabe Ihrer Daten durch Ihre Krankenkasse an andere Leistungserbringer erfolgt ausschließlich mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung nach Absprache mit Ihrem Hausarzt.

**Alle Beteiligten unterstehen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben folglich verlässlich innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, so dass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.**

**Einwilligung zum Austausch der Patientendaten:**

**Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der mich betreffenden Patientendaten im beschriebenen Umfang an meine Krankenkasse. Insofern entbinde ich den Arzt von seiner Schweigepflicht.**

**Sollen meine Daten weiteren Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden, wird mein Hausarzt bzw. meine Krankenkasse Umfang und Empfänger der übermittelten Daten mit mir abstimmen.**

**Meine Einwilligung in den Austausch der Patientendaten ist freiwillig.**

**Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs. An der hausarztzentrierten Versorgung kann ich auch nach Widerruf dieser Einwilligung teilnehmen.**

.....

Datum

---

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters