

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Niedersachsen		
Name, Vorname des Versicherten		
102114819	D117725347	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
088846000	7459049	

Teilnahmeerklärung

zur
**Hausarztzentrierten
 Versorgung (HzV)**
 der
**AOK – Die Gesundheitskasse
 für Niedersachsen**



Ersteinschreibung **Hausarztwechsel**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Niedersachsen versichert bin und meinen Wohnsitz in Niedersachsen oder in einer an Niedersachsen angrenzenden Postleitzahlenregion gemäß Anlage 11 des Vertrages habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt wähle und mich ein Jahr an ihn binde.
- 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 an alle Pflichten des Vertrages zu halten und mich 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 Niedersachsen kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme automatisch.
- 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, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HzV-Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die AOK Niedersachsen 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 Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.

- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 4 Jahre nach Teilnahmeende an der HzV.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.
- ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- ich eine Widerrufsfrist der Teilnahme an der HzV von vier Wochen habe.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten Hausarzt mitgeteilt werden.
- die AOK Niedersachsen, die Vertragsgemeinschaft und ein Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und vorarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der AOK Niedersachsen ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherungs- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK Niedersachsen meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur Beratungsqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HzV befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

Wenn Sie die folgenden Fragen nicht durch Ankreuzen mit Ja beantworten, können Sie nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Ja, ich möchte am AOK-Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

0	7	0	1	2	0	1	4
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Ja, ich bin von meinem Hausarzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ detailliert beraten worden und damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

0	7	0	1	2	0	1	4
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt


Bitte das heutige Datum eintragen.

0	7	0	1	2	0	1	4
T	T	M	M	J	J	J	J

[Handwritten Signature]

Unterschrift des Hausarztes

Stempel



Bilsträuser Str. 6 · 37199 Wulften
 Telefon: 0 55 56 / 282 - Fax: 1 722
 Bestelltelefon: 0 55 56 / 99 56 19
 Mail: praxis.behrendts@t-online.de

Praxiszeiten:
 Mo, Di, Do 07:30 - 19:00 Uhr
 Mittwoch 07:30 - 12:00 Uhr
 Freitag 07:30 - 14:00 Uhr
 Samstag nach Vereinbarung
 Termine nach Vereinbarung, Notfälle jederzeit!

Ihre nächsten Termine:

Datum 2014	Uhrzeit	Notiz
.	: Uhr	
.	: Uhr	
.	: Uhr	
.	: Uhr	
.	: Uhr	

Achtung!!! Sollten Sie den Termin nicht einhalten können, dann sagen Sie diesen bitte unter 05556-282 ab, dankellll

Ärztlicher Notdienst - Tel. 116117