

Anlage 6.3**Hausarztprogramm: „Hausarztzentrierte Versorgung“****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.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei einer der o.g. Ersatzkrankenkassen versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme;
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer in der Satzung meiner Krankenkasse festgelegten Frist **zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Krankenkasse informiert mich mit einem Bestätigungsschreiben über meine Kündigungsfrist;
- 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 meiner Krankenkasse 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 meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist;
- ich schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde;
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in meiner Krankenkasse 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 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 Jahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist;
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Hausarztprogramm informiert bin;
- **mir die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen und verstanden.**

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Hausarztprogramm:

Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ gemäß EK HzV-Vertrag Bayern bin ich einverstanden.

Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ gemäß EK HzV-Vertrag Bayern teilnehmen.

Datum_____
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters**Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt**

[Logos einfügen]

Anlage 6.3

Unterschrift des Hausarztes

Praxisstempel