

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Version 2

Bitte senden an:
BIG – Die Direktkrankenkasse
Semerteichstraße 54 – 56
44141 Dortmund

Ja, ich nehme an **BIGPREVENT teil!**

- Ersteinschreibung
- Information über Hausarztwechsel

Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung **BIGPREVENT** teilnehmen und wähle den nebenstehenden Vertragsarzt als meinen persönlichen Hausarzt im Programm.

Vertragsarztstempel

Folgende Informationen sind mir bekannt:

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um an dem Programm teilnehmen zu können, muss ich einen bestimmten Hausarzt auswählen, der mich betreut. ▪ Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Wenn ich zu einem Facharzt muss, benötige ich dafür eine Überweisung meines Hausarztes. Ausnahmen sind, wenn ich direkt zum Gynäkologen und Augenarzt oder , um meine Therapie fortzusetzen, zum psychologischen Psychotherapeuten gehe. ▪ Die BIG Gesundheit und mein Hausarzt raten mir, einmal jährlich meinen Präventionsstatus bei meinem Hausarzt erheben zu lassen, damit ich keine wichtige Früherkennungsuntersuchung versäume. ▪ Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ich kann meine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Kündigungseingang. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich. ▪ Im Falle eines Umzugs oder bei einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt, ist ein Wechsel zu einem anderen Hausarzt möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden in erforderlichem Umfang von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. ▪ Mein Hausarzt darf bei Leistungserbringern, die mich ebenfalls behandeln, Behandlungsdaten und Befunde anfordern und dokumentieren; ebenso dürfen weitere Leistungserbringer meinem Hausarzt die entsprechenden Daten übermitteln. ▪ Meine Daten können, wenn es meine Versorgung nötig macht, zwischen den an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. ▪ Alle meine Daten werden vertraulich behandelt. ▪ Meine Untersuchungsergebnisse, die im Rahmen der Präventionschecks erhoben werden, werden in anonymer Form an die Vertragspartner und ggf. an Dritte zum Zwecke der Evaluation weitergegeben. ▪ Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht.

Ich bin mit den vorstehenden Informationen zur Teilnahme und zum Datenschutz einverstanden und willige in die beschriebene Erhebung, Übermittlung, Nutzung und Speicherung meiner Daten im erforderlichen Umfang für die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ein und wähle den Tarif **BIGPREVENT**.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)