

Einverständniserklärung des Patienten

an der Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

- Ersteinschreibung
 - Arztwechsel (bitte Kopie per Fax an die KV Bremen senden)
- bisheriger Arzt: _____

Arzt:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsart-Nr.	VK gültig bis	Datum

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung. Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Bei Inanspruchnahme eines Gynäkologen oder Augenarztes strebe ich eine Koordinierung durch den Hausarzt an. Ansonsten kann ich Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches außer im Notfall nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch nehmen. Eine Krankenhausbehandlung sollte - abgesehen von Notfällen- durch die Einweisung meines Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes erfolgen. Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Hausarztzentrierten Versorgung informiert. Mein betreuender Hausarzt kann mich an Termine zur Gesundheitsvorsorge und/oder Impfungen erinnern (Recall). Meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ich kann meine Teilnahme jederzeit frühestens jedoch nach einem Jahr schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. Eine Einschreibung bei mehreren Hausärzten sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen ist nicht zulässig. Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Krankenkasse und dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels. Über einen solchen Wechsel werde ich meine Krankenkasse unverzüglich informieren 	<ul style="list-style-type: none"> Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht. Die Einverständniserklärung verbleibt bei meinem Hausarzt. Zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unterrichtet mein Hausarzt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen die Kassenärztliche Vereinigung Bremen über meine Teilnahme. Meine Daten und Informationen über die Art der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht.

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung auf Grund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherten / des gesetzlichen Vertreters oder des Vormundes