

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

zur Teilnahme am Vertrag an der Hausärztlichen Versorgung im Land Bremen und Einwilligung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen

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

Arzt: _____

Stand Mai 2018

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausärztlichen Versorgung	Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Hausärztlichen Versorgung. Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Bei Inanspruchnahme eines Gynäkologen, Augenarztes oder ggf. Kinder- und Jugendarztes 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. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann ich aus diesem Vertrag ausgeschlossen werden. 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 Hausärztlichen Versorgung ist freiwillig. Sie ist jedoch nur möglich, wenn ich in die Datenübermittlung und Datenverarbeitung einwillige. Ich kann meine Teilnahme jederzeit, frühestens jedoch nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres, schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse jeweils zum Quartalsende mit einer Frist von 4 Wochen kündigen. Eine Einschreibung bei verschiedenen Hausärzten gleichzeitig sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen, ggfs. eines Kinder- und Jugendvertrages, ist nicht zulässig. Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der Hausärztlichen Versorgung beteiligten Krankenkasse oder dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. Im Falle eines Umzugs oder bei einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Arztwechsels. Über einen solchen Arztwechsel 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 Einwilligungserklärung 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 Hausärztlichen Versorgung beteiligten Vertragspartnern, also der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und der BARMER eingesehen und gespeichert. Die Abrechnung der Vertragsleistungen erfolgt analog der sonstigen vertragsärztlichen Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausärztlichen Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, nach meinem Ausscheiden aus dem Programm umgehend gelöscht. Meine Krankenkasse ggfs. im Datenbestand ein Merkmal gespeichert hat, das erkennen lässt, dass ich an der HZV teilnehme. Mein betreuender Hausarzt wird kontinuierlich über meinen Versicherten- und Teilnahmestatus an der hausarztzentrierten Versorgung informiert.

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

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Der Widerruf muss schriftlich (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung und endet zwei Wochen nach Zugang des Begrüßungsschreibens der Krankenkasse.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten. Die Folgeseite zu dieser Teilnahmeerklärung (Ergänzungen zum Datenschutz aufgrund der DS-GVO) habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Versicherten / des gesetzlichen Vertreters oder des Vormundes _____

Aufgrund der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.04.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) möchten wir Sie auf folgende Punkte, die ab dem 25.05.2018 gelten, gesondert hinweisen. Bitte lesen Sie diese Informationen vor einer Einschreibung in die Hausarztzentrierte Versorgung sorgfältig durch:

1. Verantwortliche Stelle i.S.v. Art. 13 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung ist die BARMER, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal. Den Datenschutzbeauftragten der BARMER erreichen Sie unter datenschutz@barmer.de oder Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal. Beschwerden, die Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung im Rahmen der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung betreffen, können Sie dort vorbringen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit Beschwerden über die BARMER an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, Tel. 0228 997 799 0 zu richten.

2. Weiterhin verantwortlich für die Verarbeitung der Daten i.S.v. 13 DSGVO ist Ihr Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarzt-Programm erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421 34040. Sie können sich wegen der Teilnehmerdaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden.

Der Datenschutzbeauftragte KVHB/Schwachhauser Heerstr.26-28,28209 Bremen/Tel.:0421-34040

Beschwerden über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für den Datenschutz Bremen, Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven, Tel.: 0471 596 2010 oder 0421 361 2010.

3. Sie haben gegenüber dem Verantwortlichen das gesetzliche Recht auf Auskunft Ihrer Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO) z.B. falscher Daten, auf die Übertragung von Daten (Art. 20 Abs. 1 DSGVO) und auf Sperrung der Daten (Art. 18 DSGVO).
4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Art. 3 DSGVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten in Deutschland bleiben und besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder dem Sozialgeheimnis.

Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm, spätestens aber nach 4 Jahren, wie das Gesetz es vorsieht, gesperrt und bei Ihrer Krankenkasse nach spätestens 10 Jahren gelöscht. Für steuergesetzliche Zwecke bewahrt Ihr Hausarzt Ihre Daten bis zu 12 Jahren auf, bevor er sie dann endgültig löscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der BARMER erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.