

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

### Hausärztlichen Versorgung im Land Bremen

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

Arzt:

### Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung

- Mein behandelnder Arzt hat mich umfassend über die Inhalte und Ziele der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Sozialgesetzbuch (SGB) V aufgeklärt und mich darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Mein Arzt nimmt diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Namen der IKK gesund plus an.
- Mit der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag bin ich für 12 Monate an meine Teilnahme gebunden. Nach Ablauf der ersten 12 Monate kann ich meine Teilnahme mit meiner Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Meine Teilnahme endet automatisch, sollte ich zu einer anderen Krankenkasse oder Arzt wechseln, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, sowie mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der IKK gesund plus.
- Ein außerordentliches Kündigungsrecht steht mir bei einem Wohnortwechsel, bei einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder der Praxisschließung zu.
- Mit der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag binde ich mich an meinen gewählten Hausarzt. Eine Einschreibung bei verschiedenen Hausärzten gleichzeitig sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen ist nicht zulässig.
- Fachärztliche Behandlungen kann ich nur mit einer Überweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen. Diese Regelung gilt nicht für Gynäkologen, Augenärzte, Zahnärzte und Behandlungen im Notfall. Krankenhausbehandlungen sollten, außer in Notfällen, nur mit einer Einweisung meines gewählten Hausarztes bzw. Facharztes erfolgen.
- Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann ich aus diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Meine Krankenkasse ist berechtigt, mir die Mehrkosten für Facharztbehandlungen, die ich ohne Überweisung meines Hausarztes in Anspruch genommen habe, in Rechnung zu stellen.
- **Ich kann diese Erklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK gesund plus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK gesund plus. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag des Zugangs des Begrüßungsschreibens. Sofern ich der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung wirksam widerspreche, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag.**

### Vorteile:

- Ihr Hausarzt fungiert für Sie als Lotse im Gesundheitswesen
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wechselwirkungen bei Arzneimitteln
- Angebot einer Früh-, Spät- oder Samstagssprechstunde insbesondere für Berufstätige
- Sie werden regelmäßig in die Therapieentscheidungen einbezogen (Shared-Decision-Making-Modell)

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass

- die IKK gesund plus und die beteiligten Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung sowie zur Abrechnung mit der IKK gesund plus verarbeiten dürfen.
- meine personenbezogenen Daten zur Verarbeitung aus der Hausarztzentrierten Versorgung zum Zweck der internen Evaluation, der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Hausarztzentrierten Versorgung durch die IKK gesund plus oder einer von ihr beauftragten Stelle verarbeitet werden dürfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten dabei anonymisiert sind, um einen Rückschluss auf meine Person auszuschließen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Erfolgt die Einwilligung nicht, ist eine Teilnahme an dem Vertrag nicht möglich.
- Empfänger meiner Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von der IKK gesund plus beauftragte Dienstleister sein können.
- meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke verarbeiteten persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der §§ 73b, 284 SGB V sowie § 80 SGB X verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).

Dies betrifft folgende Datenkategorien:

- Daten zur Person (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer)
- Daten zum Versicherungsverhältnis (z.B. Versichertenstatus)
- Leistungs-, Versorgungs-, und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten (z.B. Behandler, Diagnosen, Behandlungsdatum)
- Daten von Vertragspartnern (z.B. Arztnummer, Betriebsstätte)

**Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:**

[www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo)

Meine Einwilligungserklärung kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung endet die Vertragsteilnahme. Meinen Widerruf kann ich richten an: IKK gesund plus, Umfassungsstr. 85, 39124 Magdeburg

- **Ja, ich stimme der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag zu.**
- **Ja, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen und habe eine Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung erhalten. Zudem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.**
- **Ja, ich habe die datenschutzrechtliche Versicherteninformation (Anlage 9) erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Inhalten einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patienten(in) oder d. gesetzl. Vertreters