

**KVN-Hinweis:**

Name, Vorname des Versicherten

Diese Teilnahmeerklärung wird in der Web-anwendung (KVN-Portal) elektronisch erzeugt. geb. am

Dieses PDF dient nur zur Ansicht und ist nicht zu verwenden. Auf den Folgeseiten erhalten Sie Hinweise

zum Ausfüllen und der Übermittlung an die AOK Nds.

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Teilnahmeerklärung**

zur  
**Hausarztzentrierten  
Versorgung (HzV)**

der

**AOK – Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen**



**Ersteinschreibung**       **Hausarztwechsel**

**Hiermit erkläre ich, dass**

- ich bei der AOK Niedersachsen versichert bin und meinen Wohnsitz in Niedersachsen oder in einer an Niedersachsen angrenzenden Postleitzahlenregion gemäß Anlage 11 des Vertrages habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt wähle und mich ein Jahr an ihn binde.
- ich ausführlich und umfassend über die HzV informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich an alle Pflichten des Vertrages zu halten und mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber der AOK Niedersachsen kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme automatisch.
- 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 Allgemeinmedizin, Notfall, Gynäkologie, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Notfall (z. B. bei akuten Krankheiten) des gewählten HzV-Hausarztes ausschließlich den für bestimmten Hausarzt vertretenen Arzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die AOK Niedersachsen informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.

- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 4 Jahre nach Teilnahmeende an der HzV.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.
- ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- ich eine Widerrufsfrist der Teilnahme an der HzV von vier Wochen habe.

**Ich stimme zu, dass**

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die die Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten Hausarzt mitgeteilt werden.
- die AOK Niedersachsen, die die Gesundheitskasse der gemeinsamen Gesundheitskasse ist, zum die Abrechnungs- und Prüflänge benötigten personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der AOK Niedersachsen mein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden mich kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK Niedersachsen meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur Beratungsqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HzV befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

**Wenn Sie die folgenden Fragen nicht durch Ankreuzen mit Ja beantworten, können Sie nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.**

**Ja**, ich möchte am AOK-Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

**Ja**, ich bin von meinem Hausarzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ detailliert beraten worden und damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

**Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

## Übermittlung der Teilnahmeerklärung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Zur Regelung der im Rahmen der elektronischen Einschreibung von Versicherten notwendigen Prozesse werden die nachfolgenden Vereinbarungen verpflichtend getroffen:

- Zulässig sind nur über das KVN-Portal erstellte Teilnahmeerklärungen. Dabei wird das Kopffeld der Teilnahmeerklärung im vereinbarten Format mit den Versichertendaten bedruckt. Um eine korrekte Verarbeitung und Archivierung zu gewährleisten, darf die Teilnahmeerklärung weder mit Textmarker noch mit Korrekturstiften u. ä. bearbeitet werden.
- Nur wenn im KVN-Portal der Hinweis „keine Patienten gefunden!“ erscheint, kann zur Klärung der Teilnahmeberechtigung des Versicherten die regionale AOK Geschäftsstelle kontaktiert werden. In allen anderen Fragen und sonstigen Problemen ist die zuständige KVN - Bezirksstelle anzusprechen.
- Identifikationsfelder (Feld 1 und 2), die durch das Portal gefüllt werden, dürfen nicht abgeändert werden, weil die Teilnahmeerklärung sonst vom übermittelten Datensatz abweicht.
- Handschriftlich erstellte und/oder veränderte Teilnahmeerklärungen werden nicht akzeptiert.
- Die Teilnahmeerklärung darf grundsätzlich nur vom Versicherten selbst unterschrieben werden. In Fällen, in denen der Versicherte einen amtlich bestellten gesetzlichen Betreuer hat, muss die Teilnahmeerklärung von diesem unterschrieben werden (Erläuterungen siehe unten). Für minderjährige Versicherte kann ein erziehungsberechtigter Elternteil die Teilnahmeerklärung zusätzlich unterschreiben. Unterschriften im Auftrag oder in Vertretung sind nicht gestattet. Ebenso ist es nicht zulässig, dass Versicherte für Ehegatten oder Familienangehörige oder sonstige Personen unterschreiben.
- Wenn Unterschriftenfelder versehentlich an der falschen Stelle unterschrieben worden sind, kann eine Korrektur erfolgen, indem die Unterschrift an der falschen Stelle gestrichen und an der korrekten Stelle neu ausgeführt wird.
- Die arztseitige Erfassung der vom Versicherten und Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärungen im KVN-Portal ist tagesaktuell nach Eingang/Vorlage durchzuführen. Es wird empfohlen die Originale der Teilnahmeerklärungen monatlich an die von der AOKN benannte Anschrift zu senden.

## **Ergänzende Vereinbarungen zur korrekten Befüllung der einzelnen Felder (siehe Anhang)**

**Feld-Nr. 1 und Feld-Nr. 2:** Hier wird die mit dem Datensatz übermittelte Betriebsstättennummer sowie die lebenslange Arztnummer eingedruckt. Handschriftliche Änderungen sind nicht zulässig und führen zur Ungültigkeit der Teilnahmeerklärung.

**Feld-Nr. 3:** Hier unterschreibt der Versicherte. Es ist jeweils eine Unterschrift für die Teilnahme **und** für die Datenfreigabeerklärung zwingend erforderlich, sonst ist die Teilnahmeerklärung nicht vollständig und wird beanstandet.

**Feld-Nr. 4, Feld-Nr. 5, Feld-Nr. 6:** Die Datumsfelder werden vom KVN-Portal maschinell gesetzt und dürfen nicht verändert werden. Dies gilt auch, wenn die Teilnahmeerklärung dem Versicherten mitgegeben wird und erst einige Tage später in der Arztpraxis eingeht. Eine mögliche Abweichung des Erfassungsdatums vom Unterschriftsdatum (liegt in der Vergangenheit) wird toleriert, soweit die Erfassung noch im selben Quartal erfolgt. Nach einem Quartalwechsel ist für die Vergütung das Erfassungsquartal maßgebend.

**Feld-Nr. 7:** Es muss zwingend der Arzt unterschreiben, den der Versicherte gewählt hat.

**Feld-Nr. 8:** Der Praxisstempel ist zwingend erforderlich. Dies ist zur Identifikation des Arztes (vor allem in Berufsausübungsgemeinschaften von Hausärzten) notwendig.

**Feld-Nr. 9:** Hier kann bei Versicherten unter 18 Jahren der Erziehungsberechtigte zusätzlich unterschreiben.

Bei Versicherten, die einen amtlich bestellten Betreuer haben, sind hier zwingend die Unterschriften des gesetzlichen Vertreters erforderlich. In diesen Fällen ist arztseitig zu klären, ob der AOK die entsprechenden Urkunden bereits vorliegen. Sollte dies nicht der Fall sein, so ist der Patient/Betreuer vor Einschreibung an die AOK zur weiteren Klärung zu verweisen. Sofern der Patient nicht (mehr) unterschreiben kann, reichen die Unterschriften des Betreuers.

**Feld-Nr. 10:** Es muss entweder das Feld Ersteinschreibung oder das Feld Hausarztwechsel angekreuzt sein. Ein Hausarztwechsel ist nur möglich, wenn der Versicherte bereits bei einem anderen Hausarzt eingeschrieben ist und der Versicherte den Hausarzt wechseln möchte. Ein Hausarztwechsel ist nur einmal im Quartal möglich. Die Teilnahme am Vertrag beim bisherigen Hausarzt wird automatisch beendet.

**Achtung:** Der Hausarztwechsel erfolgt immer mit Wirkung zum nächsten Quartalsbeginn. Erst ab diesem Zeitpunkt können auch Diagnosen seitens des neu gewählten Arztes erfasst werden.

**Teilnahmeerklärung**

zur  
**Hausarztzentrierten  
Versorgung (HzV)**

der

**AOK – Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen**



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

**1**

**2**

**Ersteinschreibung**       **Hausarztwechsel**

**10**

**Hiermit erkläre ich, dass**

- ich bei der AOK Niedersachsen versichert bin und meinen Wohnsitz in Niedersachsen oder in einer an Niedersachsen angrenzenden Postleitzahlenregion gemäß Anlage 11 des Vertrages habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt wähle und mich ein Jahr an ihn binde.
- ich ausführlich und umfassend über die HzV informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich an alle Pflichten des Vertrages zu halten und mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber der AOK Niedersachsen kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme automatisch.
- 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, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HzV-Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die AOK Niedersachsen informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

**3**

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.

**4**

Wenn Sie die folgenden Fragen nicht durch Ankreuzen mit Ja beantworten, können Sie nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Ja, ich möchte am AOK-Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

**5**

Ja, ich bin von meinem Hausarzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ detailliert beraten worden und damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

**6**

**Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Hausarztes

**7**

**8**

Stempel

**9**

- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 64 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 4 Jahre nach Teilnahmeende an der HzV.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.
- ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- ich eine Widerrufsfrist der Teilnahme an der HzV von vier Wochen habe.

**Ich stimme zu, dass**

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten Hausarzt mitgeteilt werden.
- die AOK Niedersachsen, die Vertragsgemeinschaft und ein Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der AOK Niedersachsen ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK Niedersachsen meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur Beratungsqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HzV befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.