

Anlage 1 - Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der SVLFG

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

**Teilnahmeerklärung
zur
Hausarztzentrierten
Versorgung (HzV)
der SVLFG als
Landwirtschaftliche
Krankenkasse**



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND
Landesverband Niedersachsen e.V.
Landesverband Braunschweig e.V.

Ersteinschreibung **Hausarztwechsel**

Fax-Nr. der SVLFG: 0511 - 807 35 70

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der SVLFG (Landwirtschaftliche Krankenkasse) versichert bin und meinen Wohnsitz in Niedersachsen habe.
- ich den unterzeichnenden Arzt als meinen persönlichen HzV-Arzt wähle und mich mindestens ein Jahr an ihn binde.
- ich ausführlich und umfassend über die HzV informiert bin und mir ein Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“ 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 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 SVLFG kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme automatisch.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten HzV-Arzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten HzV-Arzt 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-Arzt) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die SVLFG informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

- Verbindung 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 10 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 ein Recht zum Widerruf meiner Teilnahmeerklärung habe. Eine Begründung ist nicht erforderlich. Der Widerruf muss schriftlich oder zur Niederschrift bei der SVLFG erfolgen. Die Widerrufsfrist beträgt 4 Wochen und beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden des Widerrufs.**

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 SVLFG-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 in

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter HzV-Arzt 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 HzV-Arzt mitgeteilt werden.
- die SVLFG, 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 ausgehändigtem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“ beschrieben.
- im Datenbestand der SVLFG ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- der gewählte HzV-Arzt kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert wird.

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

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

Tagesdatum

□ □ □ □ □ □ □ □

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

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

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

Tagesdatum

□ □ □ □ □ □ □ □

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

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

Bestätigung des gewählten HzV-Arzt

Tagesdatum

□ □ □ □ □ □ □ □

Unterschrift des HzV-Arzt

Stempel