

Arztwechsel, Begründung

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarztprogramm
Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der IKK classic versichert bin und meinen Wohnsitz in der KV-Region meines Hausarztes habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am IKK classic Hausarztprogramm teilnehme.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer Frist von **2 Monaten** zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber der IKK classic kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- 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, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfall-diensten. Näheres regelt die Satzung der IKK classic.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertragsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die IKK classic informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.
- **ich ausführlich und umfassend über die von der IKK classic angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir die Patienteninformation zum Hausarztprogramm (Anlage 6.1) und die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am IKK classic Hausarztprogramm:

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

Ja, ich möchte die Vorteile des Versorgungsmanagements der IKK classic nutzen (siehe Patienteninformation zum Datenschutz).

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am IKK classic Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die IKK classic oder ihr Partner mich telefonisch zum Versorgungsmanagement kontaktiert. Die Bestimmungen des Datenschutzes müssen dabei eingehalten werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Mir ist bekannt, dass

• die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.

- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der IKK classic-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- 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 10 Jahre nach Teilnahmeende am IKK classic Hausarztprogramm.
- 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.
- meine Daten bei endgültiger Ablehnung meiner Teilnahme am Hausarztprogramm durch die IKK classic, in dem vom Hausärzteverband beauftragten Rechenzentrum vollständig gelöscht werden.
- **ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ich stimme zu, dass

- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- im Datenbestand der IKK classic und dem vom Hausärzteverband beauftragten Rechenzentrum 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.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Arztwechsel, Begründung

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarztprogramm
Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der IKK classic versichert bin und meinen Wohnsitz in der KV-Region meines Hausarztes habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am IKK classic Hausarztprogramm teilnehme.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer Frist von **2 Monaten** zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber der IKK classic kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- 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, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfall-diensten. Näheres regelt die Satzung der IKK classic.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertragsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die IKK classic informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.
- **ich ausführlich und umfassend über die von der IKK classic angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir die Patienteninformation zum Hausarztprogramm (Anlage 6.1) und die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am IKK classic Hausarztprogramm:

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

Ja, ich möchte die Vorteile des Versorgungsmanagements der IKK classic nutzen (siehe Patienteninformation zum Datenschutz).

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am IKK classic Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die IKK classic oder ihr Partner mich telefonisch zum Versorgungsmanagement kontaktiert. Die Bestimmungen des Datenschutzes müssen dabei eingehalten werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Mir ist bekannt, dass

• **die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.**

- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der IKK classic-Mitgliedschaft die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- 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 10 Jahre nach Teilnahmeende am IKK classic Hausarztprogramm.
- 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.
- meine Daten bei endgültiger Ablehnung meiner Teilnahme am Hausarztprogramm durch die IKK classic, in dem vom Hausärzteverband beauftragten Rechenzentrum vollständig gelöscht werden.
- **ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ich stimme zu, dass

- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- im Datenbestand der IKK classic und dem vom Hausärzteverband beauftragten Rechenzentrum 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.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds