

Einverständniserklärung des Versicherten

Zur Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung



14072400005

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ meiner Betriebskrankenkasse in Berlin.

Meine Betriebskrankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Hausarztzentrierte Versorgung sowie über die Zusammenarbeit zwischen meinem Hausarzt und anderen Ärzten und/oder anderen beteiligten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert.

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Mein Hausarzt koordiniert meine Behandlung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistungen). Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Diese Regelung gilt nicht im Vertretungsfall und während urlaubsbedingter Abwesenheit meines gewählten Hausarztes sowie für Notfälle, bei denen die vorherige Einschaltung des Hausarztes nicht möglich ist. Einen Facharzt nehme ich nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch; hiervon ausgenommen sind Augenärzte und Frauenärzte. Krankenhausaufenthalte werden - außer im Notfall - durch den Hausarzt bzw. durch den auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharzt verordnet. Meinen gewählten Hausarzt werde ich nur aus wichtigem Grund wechseln (z.B. bei Wohnortwechsel). Bei einem Wechsel ist eine neue Einverständniserklärung erforderlich. Meinen Hausarzt und die weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte autorisiere ich zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten an weiterbehandelnde Vertragsärzte sowie an Krankenhausärzte unter Berücksichtigung berufs-, datenschutz- und sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen. Bei wiederholter Missachtung meiner Verpflichtungen kann ein Ausschluss von der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung durch meine Krankenkasse erfolgen. Mit meiner Teilnahmeerklärung bin ich mindestens ein Jahr an die hausarztzentrierte Versorgung gebunden. Danach gilt eine Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Quartalsende. Der unterzeichnende Arzt ist mein gewählter Hausarzt. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von meinem betreuenden Hausarzt an eine einheitliche HZV-Aannahmestelle der Betriebskrankenkassen für Berlin zur Weiterleitung an meine Krankenkasse versandt. Ich erhalte eine Kopie der Einverständniserklärung. Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden pseudonymisiert im erforderlichen Umfang von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung, der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und keinem Unbefugten zugänglich gemacht. Die Hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden. Hierzu erkläre ich mich ausdrücklich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten, insbesondere der Leistungs- und Abrechnungsdaten zur medizinischen, qualitativen und wirtschaftlichen Auswertung der Hausarztzentrierten Versorgung einverstanden. Meine Daten werden pseudonymisiert verarbeitet und ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Die Versagung der Einwilligung führt zur Nichtteilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.
<p>Ja, ich habe die Information zur Teilnahme und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und möchte teilnehmen. Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;">_____ Unterschrift des Versicherten</p>	

Vom gewählten Hausarzt zu unterschreiben:
 ⇒ Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung wahrnehme

_____ Unterschrift des Arztes

Vertragsarztstempel

Bitte senden Sie diese Einverständniserklärung unverzüglich an:

BKK Hausarztzentrierte Versorgung
Postfach 1455, 39004 Magdeburg