

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

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

zur



hausarztzentrierten

Versorgung (HzV)  
der AOK Bremen/Bremerhaven



Erstscheinung       Hausarztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK versichert bin und bisher nicht an einem Hausarztvertrag teilnehme.
- 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 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 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-Arztes) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die AOK 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 10 Jahre nach Teilnahmeende.

- 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 meine Teilnahme an der HzV frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des ersten Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der AOK kündigen kann. Nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres ist eine Kündigung nach Maßgabe der Satzung der AOK möglich.
- ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der AOK innerhalb einer Frist von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt der Widerrufsbelehrung in Textform, frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Widerrufserklärung an die AOK.

### Ich willige ein, 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.
- meine AOK, die Vertragsgemeinschaft 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 Informationen zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der AOK 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.
- die AOK meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur Qualitätssicherung der HzV befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

Wenn Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen mit Ja beantworten, 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 willige darin ein..

Tagesdatum

□□ □□ □□□□

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

### Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Tagesdatum

□□ □□ □□□□

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des HzV-Arztes

Stempel

## **Eine Information zum Datenschutz für Teilnehmer/innen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Bremen/Bremerhaven**

### **Was ist die Hausarztzentrierte Versorgung?**

Nach dem Willen des Gesetzgebers haben Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten (§ 73 b SGB V). Ihre AOK hat aus diesem Grund mit den beiden Hausärzterverbänden in Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen entsprechenden Vertrag geschlossen. Versicherte der AOK können sich in dieses Versorgungsmodell einschreiben.

Die Einschreibung erfolgt beim gewählten Hausarzt. Nach ausführlicher Beratung über die Inhalte und die Vor- und Nachteile durch Ihren Arzt entscheiden Sie sich auf **freiwilliger Basis**, ob Sie an dieser Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchten. Bitte prüfen Sie, ob diese Versorgung Ihren Ansprüchen genügt. Wir stellen sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Aus diesem Grund haben Sie auch ein **zweiwöchiges Widerrufsrecht**, wenn Ihnen nach der Unterschrift Bedenken kommen oder Sie feststellen, dass die Hausarztzentrierte Versorgung nicht Ihren Erwartungen entspricht (siehe Teilnahmeerklärung). Teilen Sie Ihren Wunsch nach Widerruf der Teilnahme einfach Ihrer AOK Bremen/Bremerhaven mit.

Wünschen Sie die Teilnahme, dann sind Sie ein Jahr an Ihre Entscheidung gebunden (siehe Teilnahmeerklärung). Entscheiden Sie sich dagegen, hat das keinerlei Auswirkungen auf die übliche medizinische Versorgung im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft in der AOK. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, sich persönlich bei der AOK Bremen/Bremerhaven über diese Versorgung und deren Inhalte zu informieren.

### **Was ist aus datenschutzrechtlicher Sicht bei der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung von Bedeutung?**

Ergänzend zur vertragsärztlichen Versorgung, die im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch geregelt ist, gilt diese Versorgung für Ärzte, die an diesem besonderen hausärztlichen Versorgungsmodell interessiert sind.

Vertragspartner der AOK sind die Hausärzterverbände in Niedersachsen, Landesverband Niedersachsen e. V. und Landesverband Braunschweig e. V. sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.

Nur mit Ihrer Einwilligung, die Sie bei der Teilnahme an dieser Versorgung erklären, werden die Sie betreffenden Daten (persönliche und medizinische) zwischen den genannten Institutionen ausgetauscht. Die AOK erhält von Ihrem Hausarzt die Information, dass Sie an der Versorgung teilnehmen wollen und speichert Beginn, Veränderungen und Ende der Teilnahme im EDV-System.

Die Daten werden im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung genauso sicher behandelt, als wenn Sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden. Die ärztliche Schweigepflicht gilt selbstverständlich auch hier.

Die Abrechnung Ihrer in Anspruch genommenen Leistungen nehmen die Ärzte - wie gewohnt - über die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen vor. Die beteiligten Ärzte (inkl. Personal) sowie die genannten Institutionen arbeiten entsprechend der datenschutzrechtlichen Anforderungen.

Ihr gewählter Hausarzt wird darüber hinaus auch weiterhin ohne Ihre Einwilligung keine Daten mit anderen Ärzten oder Institutionen austauschen.

## **Eine Information zum Datenschutz für Teilnehmer/innen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Bremen/Bremerhaven**

### **Diese Einwilligung geben Sie gleichzeitig mit Ihrer Erklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.**

Auch gegenüber der AOK wird ein Datenaustausch nur entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen.

Wenn Sie aus persönlichen oder anderen Gründen nicht mehr an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen oder können, werden die bereits erhobenen und gespeicherten Daten nur noch für die Dauer der gesetzlich zulässigen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Das kann einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren umfassen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 292 SGB V). Auch hier gilt: Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche werden durch den Verzicht auf diese Versorgung nicht berührt.

### **Elektronische Ablage von Daten**

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung willigen Sie ein, dass Ihr Arzt, die für die Durchführung der Hausarztzentrierten Versorgung notwendigen Daten an die AOK zur Verarbeitung und Nutzung weiterleitet. Hierfür erfolgt eine elektronische Kennzeichnung mit dem Datum des Teilnahmebeginns und des Teilnahmeendes im EDV-System der AOK.

### **Qualitätssicherung der Hausarztzentrierten Versorgung**

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass die AOK zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung Ihre Daten auswerten kann, um den wirtschaftlichen Erfolg dieser Versorgung zu belegen. Dazu können sich die Beteiligten einer geeigneten und anerkannten Forschungseinrichtung bedienen. Dabei wird auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen geachtet. Insbesondere werden die Daten, sobald es nach dem Stand der Untersuchungen möglich ist, anonymisiert.

Diese Versorgung ist mit Kosten und Aufwänden verbunden; Ziel ist es die medizinische Versorgung zu verbessern und die Qualität zu erhöhen. Auch soll die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung erhöht werden. Um belegen zu können, dass die vereinbarten Maßnahmen wirken, kann Ihre Adresse und Telefonnummer an ein neutrales Forschungsinstitut gegeben werden. Das Forschungsinstitut wird mit Ihnen Kontakt aufnehmen und Sie - sollten Sie damit einverstanden sein - zur Hausarztzentrierten Versorgung befragen. Die Einwilligung zur wissenschaftlichen Forschung und zur Befragung ist freiwillig. Auch eine Ablehnung hat keine Auswirkungen auf die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.