

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm
Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Bitte schicken Sie das Original an:
AOK Baden-Württemberg
AOK-HausarztProgramm
70120 Stuttgart

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen persönlichen Hausarzt wähle.
- 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 im erforderlichen Umfang 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 Baden-Württemberg 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 in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) nehmen werde. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Ohne Überweisung muss ich jedoch die Praxisgebühr erneut entrichten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten HzV-Hausarztes) den mir benannten HzV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus 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.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HzV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).

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

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ einverstanden.

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Hausarztes

Stempel