

Anlage 3 Umschreibeerklärung in der Fassung des 1. Nachtrags

Umschreibeerklärung zur Teilnahme am AOK PzV-Vertrag		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertragskennzeichen

99076

Teilnahme am Kinder- und Jugendarztvertrag nach Praxisübergabe des gewählten Kinder- und Jugendarztes

Der für die Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung gewählte Kinder- und Jugendarzt hat seit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Datum

seine Praxis übergeben. Mit der Praxisübergabe endet die Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung.

Eine Weiterführung der Teilnahme beim Praxisnachfolger ist nur durch Umschreibeerklärung innerhalb von drei Kalendermonaten nach der Praxisübergabe möglich. Geht diese Umschreibeerklärung bei der AOK Bayern nicht fristgerecht ein, so ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Eine Umschreibung ist außerdem nur möglich, wenn die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.

Ich bestätige, dass mein Kind beim Praxisnachfolger weiterhin an der pädiatriezentrierten Versorgung teilnehmen möchte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass mir die Patienten-Information zur Teilnahme-Erklärung ausgehändigt wurde,
- dass mir die gesonderte „Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ ausgehändigt wurde,
- dass ich über die Inhalte der pädiatriezentrierten Versorgung informiert wurde,
- dass ich über die mit einer Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung verbundenen Rechte und Pflichten informiert wurde
- und dass ich als gesetzlicher Vertreter mit diesen einverstanden bin

Die Umschreibeerklärung zur Weiterführung der Teilnahme an der pädiatriezentrierten Versorgung kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Bayern ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Bayern. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Umschreibeerklärung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Mit Ihrer Unterschrift auf der "Umschreibeerklärung zur Teilnahme am PzV-Vertrag" bestätigen Sie, dass Sie die „Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ erhalten haben und dass Sie in die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes gemäß dem dort erläuterten Vorgehen einwilligen.

Die im Rahmen der dort genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten Ihres Kindes werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) aufgrund Ihrer freiwilligen Einwilligung verarbeitet.

Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme Ihres Kindes an der pädiatriezentrierten Versorgung nicht möglich. Alle anderen Leistungen der AOK Bayern erhält Ihr Kind wie bisher.

Ihre Einwilligung können Sie ohne nachteilige Folgen – mit Ausnahme der dann nicht mehr möglichen Teilnahme Ihres Kindes an der pädiatriezentrierten Versorgung - jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihnen ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Ihr Widerrufsrecht können Sie schriftlich gegenüber der AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der AOK Bayern oder unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. an datenschutz@by.aok.de

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters