

## Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

+TE-ID+

**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 und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist (siehe Merkblatt), habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt 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/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch (Überweisung) nehmen werde. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) 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“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

### Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes

## Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

+TE-ID+

**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 und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist (siehe Merkblatt), habe.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt 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/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch (Überweisung) nehmen werde. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) 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“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

### Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes