

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



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Einverständniserklärung der/des Versicherten

zur Teilnahme an der
hausarztzentrierten Versorgung
durch den Hausarzt und der Krankenkasse
des Versicherten

- Ersteinschreibung
 Arztwechsel

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Ja, ich möchte an der hausärztlichen Versorgung durch meinen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und meiner Krankenkasse teilnehmen. Folgende Informationen sind mir bekannt:

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung. Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Eine Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen erfolgt nur auf Überweisung meines Hausarztes. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen keiner Überweisung. Eine Krankenhausbehandlung sollte – abgesehen von Notfällen – durch die Einweisung meines Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes erfolgen. Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung informiert. Meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ich kann meine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Krankenkasse, beim Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen und dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg versandt. Ich erhalte eine Durchschrift der Einverständniserklärung, ein weiteres Exemplar verbleibt bei meinem Hausarzt. Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur 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 selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht. Die hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung kann ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden.

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung auf Grund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Unterschrift des Versicherten/des gesetzlichen Vertreters