

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



Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:
AOK Baden-Württemberg
Integrierte Versorgung Pflegeheim
70120 Stuttgart

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Unterschrift des HZV-Arztes

Stempel

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



Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:
AOK Baden-Württemberg
Integrierte Versorgung Pflegeheim
70120 Stuttgart

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

- ich von der AOK schriftlich und rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der IVP informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- meine zur IVP erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 284 Abs. 1 Nr. 13 und Abs. 3 i.V. mit § 304 SGB V) bei meinem Ausscheiden aus der IVP gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende an der IVP.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter HZV-Arzt, meine Pflegeeinrichtung und andere an meiner Behandlung direkt beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der IVP Auskünfte über meine IVP-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. In jedem Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der IVP führen, meinem gewählten HZV-Arzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG und das beauftragte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der IVP sind im Merkblatt beschrieben.
- meine Pflegeeinrichtung die erforderlichen Medikamente durch die kooperierende Apotheke verblistern, d.h. personenbezogen verpacken lässt.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-HausarztProgramm bzw. AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der IVP teilnehme.
- die an der IVP teilnehmenden Ärzte über Änderungen meines Versicherten- und IVP-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV befragen können. Unabhängig davon ist die Teilnahme an solchen Befragungen freiwillig.
- meine Pflegeeinrichtung eine Meldung erhält, ab wann ich an der IVP teilnehme bzw. ab wann meine Teilnahme an der IVP endet.

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des HZV-Arzt

Stempel

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



Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:
AOK Baden-Württemberg
Integrierte Versorgung Pflegeheim
70120 Stuttgart

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Unterschrift des HZV-Arzt

Stempel

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



Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:
AOK Baden-Württemberg
Integrierte Versorgung Pflegeheim
70120 Stuttgart

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung: _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

- ich von der AOK schriftlich und rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der IVP informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- meine zur IVP erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 284 Abs. 1 Nr. 13 und Abs. 3 i.V. mit § 304 SGB V) bei meinem Ausscheiden aus der IVP gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende an der IVP.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter HZV-Arzt, meine Pflegeeinrichtung und andere an meiner Behandlung direkt beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der IVP Auskünfte über meine IVP-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. In jedem Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der IVP führen, meinem gewählten HZV-Arzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG und das beauftragte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der IVP sind im Merkblatt beschrieben.
- meine Pflegeeinrichtung die erforderlichen Medikamente durch die kooperierende Apotheke verblistern, d.h. personenbezogen verpacken lässt.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-HausarztProgramm bzw. AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der IVP teilnehme.
- die an der IVP teilnehmenden Ärzte über Änderungen meines Versicherten- und IVP-Teilnahmestatus informiert werden.
- die AOK meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV befragen können. Unabhängig davon ist die Teilnahme an solchen Befragungen freiwillig.
- meine Pflegeeinrichtung eine Meldung erhält, ab wann ich an der IVP teilnehme bzw. ab wann meine Teilnahme an der IVP endet.

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Stempel

Unterschrift des HZV-Arzt