

Leitfaden zur Patienteneinschreibung

1. Einschreibung des Patienten

Sie können Ihre Patienten in das Hausarztprogramm wahlweise per Online- oder Offline-Verfahren einschreiben. Vorab informieren Sie den Patienten über die HZV.

Offline-Verfahren:

- Bitte legen Sie den HZV-Beleg in Ihren Drucker und bedrucken ihn - mit Hilfe Ihrer Software - mit den vollständigen Patienten- und Arztdate.
- Handschriftlich** ausgefüllte **HZV-Belege** können nicht verarbeitet und somit **nicht akzeptiert werden**.
- Anschließend drucken Sie die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter** im **Volldruck (inklusive Patientendaten) aus Ihrer Software**. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter enthält alle relevanten Patienteninformationen zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz.
- Legen Sie dem Patienten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter vor und bitten ihn, dieses Dokument sorgfältig durchzulesen. Nachdem er die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter** gelesen hat, erklärt er seine Teilnahme an der HZV in Ihrer Hausarztpraxis durch seine Unterschrift. Legen Sie ihm auch den **HZV-Beleg** zur **Unterschrift** vor.
- Bitte prüfen Sie ob der **Arztstempel auf die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter** und den **HZV-Beleg gedruckt** wurde, falls nicht ergänzen Sie ihn. Bitte unterschreiben Sie ebenfalls die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter**.
- Anschließend händigen Sie bitte Ihrem Patienten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter (Exemplar für den Versicherten) aus. Das Exemplar für den Hausarzt verbleibt in Ihren Akten und muss mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden.
- Den **HZV-Beleg** senden Sie bis spätestens zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn des folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartals (**1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November**) an die auf dem **HZV-Beleg** angegebene Adresse. Bitte beachten Sie die Postlaufzeit. Einen fristgemäßen Eingang und die erfolgreiche Prüfung des HZV-Beleges seitens der AOK Hessen vorausgesetzt, kann der Patient ab dem Folgequartal an der HZV teilnehmen.

Mit den vollständigen **Patienten-** und **Arztdate**n sowie **Datum** bedrucken!

Bitte **ausschließlich** mit dem Arztstempel versehen!

Unterschrift des Patienten nicht vergessen!

The form is titled 'Versicherten-Einschreibung zur Hausarztzentrierten Versorgung' and includes a unique identifier '#9393#'. It contains fields for patient and doctor information, a section for the doctor's stamp, and a large area for the patient's signature. The form is labeled 'HZV-Beleg' and 'Hausarzt Zentrierte Versorgung'.

HZV-Beleg

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen „**HZV-Beleg**“ senden Sie bitte an die auf dem Beleg angegebene Adresse.

Bitte beachten Sie unbedingt die zuvor genannten Fristen bei der Übersendung der Belege!

Datum und Unterschrift des Patienten nicht vergessen!

Unterschrift und Stempel des Hausarztes.

Anlage 6 - Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung der Versicherten der AOK Hessen

Exemplar für den Versicherten

geschützt, das Ihre HZV-Teilnahmestatus erkennen lässt. Diese Information erhält auch regelmäßig Ihr Hausarzt.

Wenn Sie einen anderen Hausarzt als Ihren Betriebsarzt aufsuchen, der ebenfalls am Hausarztprogramm teilnimmt z.B. im Versorgungsfeld, kann dieser ein Exemplar Ihres Teilnahmestatus am Hausarztprogramm elektronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das von Hausarztverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungspartnersender senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherungs- und Ihre Versichertennummer.

Einwilligung nach DSGVO

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z.B. falscher Daten und auf Sperrung und Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Hausärztlicher Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausarztverband beauftragte Rechenzentrum (HÄVG) Rechenzentrum, GmbH, Gehrdts-Wehmer-Straße 2, 61149 Köln, Tel. 02203 5750-1111. Sie können sich wegen der Teilnahme- und Abrechnungsdatenverarbeitung an den Datenbeauftragten wenden: Tel. 02203 5750-1111, E-Mail: DSB@hävvg.de.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 6 und Abs. 2 Buchstabe f) und h) in Verbindung mit Abs. 2 DSGVO und § 20a und § 20a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten im Deutschland- und besonders gut gegen jede zweckfremde Verwendung geschützt werden. Als Beleggeber stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Ihre zum Vertragserfüllung erhaltenen und gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (SGB SGB V i. V. m. § 84 SGB II) an Ihre Ansprechpartner aus diesem Vertrag geteilt, soweit dies für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr befristet werden. Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK Hessen erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Datenbeauftragter: Datenbeauftragter der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Bismarckstr. 2
61183 Bad Nauheim
E-Mail: datenschutz@hessen.aok.de

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten bei der AOK Hessen finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte

Erklärung der Teilnahme- und datenschutzrechtlichen Einwilligung

Herrn: _____, Töchter: _____, Söhne: _____

Ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm und zu der beschriebenen Datenverarbeitung sorgfältig gelesen. Mir sind die beschriebenen Inhalte sowie die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bis ich einverstanden. Zudem erhalte ich eine Kopie oder eine Zweitausfertigung dieser Erklärung, die ich aufbewahre. Ich erkläre zugleich insoweit meinem Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich möchte am Hausarztprogramm „HZV“ teilnehmen.

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters _____

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen _____

Unterschrift des Hausarztes _____

Abdruckstempel _____

Seite 3 von 3 Datum: 01.10.2019

Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Versicherte

Das Exemplar für den Hausarzt der Teilnahme- und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung Versicherte **verbleibt in Ihrer Praxis**. Das Exemplar für den Versicherten wird dem Patienten ausgehändigt.

Online-Verfahren:

Sobald Sie Ihre aktuelle Vertragssoftware mit integriertem HZV-Modul installiert sowie einen HZV-Online-Key zur sicheren Übermittlung der Daten von uns erhalten haben, können Sie Ihre Patienten online einschreiben.

Beim Online-Verfahren senden Sie bitte die in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter aufgeführten Daten des Patienten **online unter Angabe des patientenindividuellen TE-Codes** mittels Ihrer Vertragssoftware an die HÄVG AG. Den individuellen vierstelligen TE-Code finden Sie neben dem Unterschriftenfeld des Patienten auf der ausgedruckten Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter. Der Versand des HZV-Belegs an die HÄVG AG entfällt beim Online-Verfahren. Alle anderen Schritte sind analog des Offline-Verfahrens durchzuführen.

2. Abrechnung der an der HZV teilnehmenden Versicherten

- Die AOK Hessen prüft die übermittelten HZV-Belege und informiert die HÄVG AG, welcher Patient bei Ihnen im folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartal zur Teilnahme an der HZV berechtigt ist.
- Die HÄVG AG teilt Ihnen daraufhin rechtzeitig vor Beginn des Versorgungs- und Abrechnungsquartals durch den **Informationsbrief Patiententeilnahmestatus** mit, für welche Patienten Sie im folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartal Leistungen im Rahmen der HZV erbringen und abrechnen können.