



☐ Arztwechsel, Begründung

Exemplar für den Versicherten

Hinweis: Im Text nutzen wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit das generische Maskulinum. Damit sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

an dem AOK-Hausarztprogramm (HZV)

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den u.g. Arzt als meinen Hausarzt (siehe Arztstempel) für mindestens ein Jahr wähle,
- ich darüber informiert wurde, mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von 12 Monaten ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK NordWest kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der NordWest entnommen werden,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Die Satzung der AOK NordWest kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- mir bekannt ist, dass die AOK NordWest mich bei nicht vertragskonformen Verhalten aus dem Hausarztprogramm ausschließen kann und ich für entstandene Aufwände haftbar gemacht werden kann,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NordWest informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,

- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der AOK NordWest die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der AOK NordWest angebotene Hausarztprogramm informiert bin.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige freiwillig in die auf Basis vertraglicher und gesetzlicher Grundlagen sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Hausarztprogramm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die Patienteninformationen zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung (Anhang 1 zur Anlage 6) erhalten und sorgfältig gelesen.

3. Widerrufsbelehrung

Ich habe die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen meine Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei der AOK NordWest, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, 58079 Hagen. Meine Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut.

☐ **Zu 1.:** Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der AOK NordWest teilnehmen.

☐ **Zu 2.:** Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sowie die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten, sorgfältig gelesen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel



☐ Arztwechsel, Begründung

Exemplar für den Hausarzt

Hinweis: Im Text nutzen wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit das generische Maskulinum. Damit sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

an dem AOK-Hausarztprogramm (HZV)

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den u.g. Arzt als meinen Hausarzt (siehe Arztstempel) für mindestens ein Jahr wähle,
- ich darüber informiert wurde, mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von 12 Monaten ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK NordWest kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der NordWest entnommen werden,
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Die Satzung der AOK NordWest kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- mir bekannt ist, dass die AOK NordWest mich bei nicht vertragskonformen Verhalten aus dem Hausarztprogramm ausschließen kann und ich für entstandene Aufwände haftbar gemacht werden kann,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NordWest informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,

- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der AOK NordWest die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der AOK NordWest angebotene Hausarztprogramm informiert bin.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige freiwillig in die auf Basis vertraglicher und gesetzlicher Grundlagen sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Hausarztprogramm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die Patienteninformationen zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung (Anhang 1 zur Anlage 6) erhalten und sorgfältig gelesen.

3. Widerrufsbelehrung

Ich habe die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen meine Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei der AOK NordWest, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, 58079 Hagen. Meine Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut.

☐ **Zu 1.:** Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der AOK NordWest teilnehmen.

☐ **Zu 2.:** Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sowie die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten, sorgfältig gelesen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung

Lesen Sie bitte diese Information in Ruhe und bewahren Sie diese auf.

Hausarztprogramm – Was ist das?

Mit dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) wollen die AOK NordWest und Hausärzte gemeinsam auf gesetzlicher Grundlage (§ 73b SGB V) vertraglich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Ziel ist es, flächendeckend die hausärztliche Versorgung in besonders hoher Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes zu stärken. Das Hausarztprogramm ist insbesondere für Sie als Patienten interessant, wenn Sie häufiger ärztliche Behandlung benötigen. Seine Lotsenfunktion unter den an der Behandlung beteiligten Ärzten und anderen Therapeuten kann Ihr Hausarzt nur mit Ihrer Hilfe wahrnehmen.

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und anderen Therapeuten sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Hausarztprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht und diskutiert werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung gegenüber Ihrem Arzt natürlich widersprechen beziehungsweise den Umfang bestimmen.

Sie wählen verbindlich für mindestens ein Jahr Ihren Hausarzt. Dieser Hausarzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch genommen werden. Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte sowie natürlich alle ärztlichen Notfalldienste. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Hausarztes) suchen Sie den von Ihrem Hausarzt benannten HZV-Vertretungsarzt auf. Die gleichzeitige Teilnahme an einem anderen Hausarztprogramm ist nicht möglich.

Sie können für Mehrkosten, die durch nicht vertragskonformes Verhalten Ihrerseits entstehen, haftbar gemacht werden. Das Weitere regelt die Satzung Ihrer AOK NordWest.

Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm ist freiwillig und kostenlos.

Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm

Diese Unterlagen zur Teilnahme am Hausarztprogramm können Sie bei Ihrem Hausarzt direkt in dessen Praxis unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift wählen Sie Ihren Hausarzt des Vertrauens und die Teilnahme an dem Hausarztprogramm für mindestens ein Jahr.

Der von Ihnen gewählte Hausarzt unterschreibt die Erklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Kopie aus. Ihre Teilnahme- und Einwilligungserklärung sendet der Hausarzt an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum damit dort Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung geprüft und hinterlegt werden kann. Ihr Teilnahmewunsch wird von dort an die AOK Nordwest übermittelt. Wenn alle Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind, nimmt die AOK NordWest Ihre Einschreibung in das Hausarztprogramm vor.

Sie erhalten von der AOK NordWest ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt und welchen Arzt Sie als Ihren betreuenden Hausarzt gewählt haben. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Krankenkasse ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung durch Ihren Hausarzt, der besondere Fortbildungspflichten erfüllt und bestimmte technische

Standards vorhält

- Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Koordinierung und Information für den gesamten Behandlungsablauf unter allen beteiligten Ärzten und Therapeuten durch Ihren Hausarzt
- Guter Informationsaustausch optimiert Ihre Versorgung, z.B. durch Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und vor sowie nach stationären Einweisungen und bei Hilfsmitteln
- Sprechstunden täglich von Mo.–Fr. mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage
- Zusätzlich: Angebot einer wöchentlichen Termin-Sprechstunde für Berufstätige ab 7.00 Uhr oder bis mindestens 20.00 Uhr oder einer Samstags-Terminsprechstunde pro Woche
- Begrenzung der Wartezeit auf möglichst maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung

Widerruf, Kündigung und Hausarztwechsel

Sie haben die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen Ihre Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei der AOK NordWest, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, 58079 Hagen. Ihre Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von 12 Monaten ohne Angabe von Gründen schriftlich oder in elektronischer Form bei der AOK NordWest gekündigt werden.

In besonderen Fällen können Sie auch vor Ablauf des Teilnahmejahres den Hausarzt innerhalb des Hausarztprogramms wechseln, z.B. wenn

- der bisherige Hausarzt nicht mehr am Hausarztprogramm teilnimmt,
- er umzieht und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- Sie umziehen und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

Einen Wechsel des Hausarztes müssen Sie Ihrer Krankenkasse in schriftlicher oder elektronischer Form mitteilen. Für den Wechsel ist eine neue Teilnahmeerklärung notwendig.

Die Krankenkasse kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme eines anderen Hausarztes bzw. von Fachärzten außer Augenarzt/Gynäkologe/Notfall ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Für Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HZV-Teilnahmebedingungen entstehen, können Sie in einem solchen Fall haftbar gemacht werden. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm.

Ärztliche Leistungsabrechnung und der Weg Ihrer Daten

Die besonderen Leistungen Ihres Hausarztes werden vertragsgemäß von der AOK NordWest vergütet; dazu muss er eine Abrechnung erstellen: Ihr Hausarzt übermittelt gem. § 295a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum. Dort wird Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm geprüft, dann werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den Daten eine Abrechnungsdatei, die es der AOK Nordwest in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Hausarzt aus.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür insbesondere übermittelt: Name, Geschlecht, PLZ, Wohnort, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmezustatus, Teilnahmezeiträume, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Verordnungsdaten, Diagnosen der aktuell anzuwendenden Version des ICD-Katalogs je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Sofern die AOK NordWest zur Umsetzung ihrer vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten mit einem Dienstleister zusammenarbeitet, leitet sie Ihre Daten an den Dienstleister weiter. Außerdem wird in dem Datenbestand der AOK NordWest und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert, das Ihren HZV-Teilnahmestatus erkennen lässt. Diese Information erhält auch regelmäßig Ihr Betreuarzt.

Wenn Sie einen anderen Hausarzt als Ihren Betreuarzt aufsuchen, der ebenfalls am Hausarztprogramm teilnimmt z.B. im Vertretungsfall, kann dieser im Einzelfall Ihren Teilnahmezustatus am Hausarztprogramm elektronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das von Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungsempfänger senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung bei der AOK NordWest und Ihre Versichertennummer.

Belehrung nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO) z.B. falscher Daten und auf Einschränkung der

Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Edmund- Rumpfer-Straße 2, 51149 Köln, Tel. 02203 5756 1111. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: Tel. 02203 5756 1111, E-Mail: DSB@hzv.de.

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 384 240.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm, spätestens aber nach 4 Jahren, wie das Gesetz es vorsieht, gesperrt und allenfalls für steuerrechtliche Zwecke aufbewahrt und nach 12 Jahren endgültig gelöscht.

Die Verarbeitung Ihrer leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK Nordwest erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@nw.aok.de.