

Teilnahmeerklärung für das Hausarztprogramm



gültig ab 25.05.2018

Versand an die KVSA
Per Fax 03 91 – 6 27 87 10 00

Teilnahmeerklärung Hausarztwechsel

Name, Vorname des Versicherten					
				geb. am	
Kassen-Nr.		Versichertennummer		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den unterzeichnenden Hausarzt als **meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle** und für mindestens 12 Monate am TK-Hausarzttarif teilnehme.
- 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, Zahnärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) anstelle des von mir gewählten Hausarztes, ausschließlich den mir von ihm benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich von meinem Hausarzt ausführlich und umfassend über den von meiner Krankenkasse angebotenen TK-Hausarzttarif und die damit verbundene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir eine Patienteninformation zum TK-Hausarzttarif ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am TK-Hausarzttarif schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung an den gewählten Hausarzt. In diesem Fall ist eine Kündigung der Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres möglich.
- ich zeitgleich an keinem anderen hausärztlichen Versorgungsprogramm der Techniker Krankenkasse teilnehme.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen kann. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der 2 Wochen an die TK absende.**
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- ich bei Nichteinhaltung der vorgenannten Teilnahmebedingungen aus dem TK-Hausarzttarif ausgeschlossen werde.
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Techniker Krankenkasse die Teilnahme an der HzV endet.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am TK-Hausarzttarif.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (z. B.: Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) und eine erneute Teilnahme am TK-Hausarzttarif bei einem anderen HzV-Arzt möglich ist.
- die TK eine Versichertenbefragung durchführen kann und die Teilnahme daran freiwillig ist.

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HzV“ teilnehmen.

Ja, die auf der **Rückseite dieses Formulars** beschriebenen Inhalte der von mir abzugebenden Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in der mir ausgehändigten **"Patienteninformation zum TK-Hausarzttarif"** beschrieben.

Ich willige in die auf der Rückseite dieses Formulars beschriebene Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ein.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts. Ihr bisheriger Hausarzt wird Sie dann, sofern Sie dies wünschen, zu den bisherigen Konditionen weiter behandeln.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TT MM JJJJ

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen

- nur vom Arzt auszufüllen -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TT MM JJJJ

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des o. g. Vertrages wahrnehme

Unterschrift Stempel / Arzt

Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Teilnahme am TK-Hausarzttarif

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Ich willige ein bzw. mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- meine Teilnahme an der HzV von meinem Hausarzt an den Hausärzterverband, an die vom Hausärzterverband beauftragte KVSA und an die TK gemeldet wird und die Beteiligten sich von einer Teilnahmebeendigung gegenseitig unterrichten.
- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen im üblichen gesetzlich zulässigen Umfang austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Ich entbinde insoweit zugleich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- mein Hausarzt die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten an die vom Hausärzterverband beauftragte KVSA zum Zwecke der Rechnungsprüfung und Erstellung einer Abrechnungsdatei übermittelt.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am TK-Hausarzttarif führen, von der Techniker Krankenkasse dem Hausärzterverband und der vom Hausärzterverband beauftragte KVSA mitgeteilt werden, damit mein Hausarzt entsprechend informiert wird.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft formfrei widerrufen werden. Wird die Einwilligung für die Pflichtangaben nicht erteilt, kann ich am TK-Hausarzttarif nicht teilnehmen. Weitere Nachteile entstehen mir hierdurch nicht. Ich kann den Widerruf wie folgt übermitteln:

- **TK-Hausarztteam, 22291 Hamburg, TK-Hausarztteam@tk.de, 040 - 4606 626 170
(Auch soweit die Einwilligung ggü. dem Hausärzterverband widerrufen wird)**

Ich kann jederzeit gegenüber der TK meine Rechte auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung ausüben.
Kontaktaten des Beauftragten für den Datenschutz: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, datenschutz@tk.de

Name, Vorname des Versicherten						geb. am	
Kassen-Nr.		Versichertennummer		Status			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum			

Teilnahmeerklärung für das Hausarztprogramm



gültig ab 25.05.2018

Exemplar für den Teilnehmer

Teilnahmeerklärung Hausarztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den unterzeichnenden Hausarzt als **meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle** und für mindestens 12 Monate am TK-Hausarzttarif teilnehme.
- 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, Zahnärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) anstelle des von mir gewählten Hausarztes, ausschließlich den mir von ihm benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich von meinem Hausarzt ausführlich und umfassend über den von meiner Krankenkasse angebotenen TK-Hausarzttarif und die damit verbundene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir eine Patienteninformation zum TK-Hausarzttarif ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am TK-Hausarzttarif schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung an den gewählten Hausarzt. In diesem Fall ist eine Kündigung der Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres möglich.
- ich zeitgleich an keinem anderen hausärztlichen Versorgungsprogramm der Techniker Krankenkasse teilnehme.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen kann. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der 2 Wochen an die TK absende.**
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- ich bei Nichteinhaltung der vorgenannten Teilnahmebedingungen aus dem TK-Hausarzttarif ausgeschlossen werde.
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Techniker Krankenkasse die Teilnahme an der HzV endet.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am TK-Hausarzttarif.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (z. B.: Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) und eine erneute Teilnahme am TK-Hausarzttarif bei einem anderen HzV-Arzt möglich ist.
- die TK eine Versichertenbefragung durchführen kann und die Teilnahme daran freiwillig ist.

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HzV“ teilnehmen.

Ja, die auf der **Rückseite dieses Formulars** beschriebenen Inhalte der von mir abzugebenden Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten "Merkblatt zum Hausarztprogramm für Versicherte" beschrieben.

Ich willige in die auf der Rückseite dieses Formulars beschriebene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ein.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts. Ihr bisheriger Hausarzt wird Sie dann, sofern Sie dies wünschen, zu den bisherigen Konditionen weiter behandeln.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TT MM JJJJ

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen

- nur vom Arzt auszufüllen -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TT MM JJJJ

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des o. g. Vertrages wahrnehme

Unterschrift Stempel / Arzt

Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Teilnahme am TK-Hausarzttarif

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Ich willige ein bzw. mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- meine Teilnahme an der HzV von meinem Hausarzt an den Hausärzterverband, an die vom Hausärzterverband beauftragte KVSA und an die TK gemeldet wird und die Beteiligten sich von einer Teilnahmebeendigung gegenseitig unterrichten.
- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen im üblichen gesetzlich zulässigen Umfang austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Ich entbinde insoweit zugleich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- mein Hausarzt die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten an die vom Hausärzterverband beauftragte KVSA zum Zwecke der Rechnungsprüfung und Erstellung einer Abrechnungsdatei übermittelt.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am TK-Hausarzttarif führen, von der Techniker Krankenkasse dem Hausärzterverband und der vom Hausärzterverband beauftragte KVSA mitgeteilt werden, damit mein Hausarzt entsprechend informiert wird.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft formfrei widerrufen werden. Wird die Einwilligung für die Pflichtangaben nicht erteilt, kann ich am TK-Hausarzttarif nicht teilnehmen. Weitere Nachteile entstehen mir hierdurch nicht. Ich kann den Widerruf wie folgt übermitteln:

- **TK-Hausarztteam, 22291 Hamburg, TK-Hausarztteam@tk.de, 040 - 4606 626 170
(Auch soweit die Einwilligung ggü. dem Hausärzterverband widerrufen wird)**

Ich kann jederzeit gegenüber der TK meine Rechte auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung ausüben.
Kontaktdaten des Beauftragten für den Datenschutz: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, datenschutz@tk.de