



## HzV-Beleg Stand Oktober 2014



Arztwechsel

Versicherten-Einschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Hausarzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Umfang zu.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:

**HÄVG Rechenzentrum GmbH**  
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln