

## Leitfaden zur Patienteneinschreibung

---

### 1. Einschreibung des Patienten

- Ihr Patient erklärt seine Teilnahme an der HZV in Ihrer Hausarztpraxis. Sie informieren den Patienten über die HZV und händigen ihm die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte** sowie das **Patientenmerkblatt zum Austausch von Patientendaten im Rahmen des Versorgungsmanagements** aus und bitten ihn, diese Dokumente sorgfältig durchzulesen.
- Nachdem der Patient alle Unterlagen gelesen hat, legen Sie ihm bitte beide Exemplare der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte** (1 Exemplar für den Hausarzt, 1 Exemplar für den Versicherten), den **HZV-Beleg** zur Versicherteneinschreibung sowie das **Patientenmerkblatt zum Austausch von Patientendaten im Rahmen des Versorgungsmanagements** zur Unterschrift vor. Bedrucken Sie den HZV-Beleg zur Versicherteneinschreibung mit Hilfe Ihrer Software - **handschriftlich ausgefüllte Belege können nicht verarbeitet und somit nicht akzeptiert werden!**
- Im Anschluss **unterschreiben** Sie bitte beide Exemplare der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte und setzen Ihren **Arztstempel** auf die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte sowie auf den HZV-Beleg.
- Danach händigen Sie bitte Ihrem Patienten das Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für den Versicherten sowie eine Kopie des Patientenmerkblattes zum Austausch von Patientendaten im Rahmen des Versorgungsmanagements aus. Das Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für den Hausarzt sowie das Original des Patientenmerkblattes verbleibt in Ihren Akten und muss mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden.
- Den **HZV-Beleg** zur Versicherteneinschreibung 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** zur Versicherteneinschreibung angegebene Adresse. Bitte beachten Sie die Postlaufzeit.

Einen fristgemäßen Eingang und die erfolgreiche Prüfung des HZV-Beleges seitens der Krankenkasse vorausgesetzt, kann der Patient ab dem Folgequartal an der HZV teilnehmen.

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V

**Hausärzterverband Nordrhein e.V.** **Hausärzterverband Westfalen-Lippe**

**Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement**

**Merkbblatt für Patienten**

Der Gesetzgeber möchte, dass nach Krankenhausaufenthalten ein reibungsloser Übergang zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege sichergestellt wird, um Pflegebedürftigkeit und Wiedererweisung möglichst zu vermeiden und, wenn nötig, vermeintlich abzuwehren (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Dies setzt einen Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus, dem Hausarzt und der Krankenkasse, eventuell auch mit anderen Fachstellen, Rehabilitation, Versorgung- und Pflegeeinrichtungen und Pflegesetzten voraus. Ob dies so sein soll und wer im Einzelfall daran beteiligt sein soll, können Sie besprechen. Sie werden dazu von Ihrem Hausarzt und von Ihrer Krankenkasse eingehend unterstützt und beraten.

Unter den dann beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse - und soweit erforderlich von Ihrer Pflegekasse - werden Ihre konkreten Daten zur zielgerichteten stationären Behandlung und deren Gründen und Ergebnissen (Befunde, Diagnosen, Empfehlungen) im jeweils erforderlichen Umfang:

- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand
- zur Medikation
- zu Ihrer Anamnese
- zur Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung
- und soweit erforderlich zu Ihrer sozialen Situation übermittelt.

Alle Befragten unterliegen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben möglich weitestgehend innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, sodass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.

**Einwilligung zum Austausch der Patientendaten**

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der nachstehenden Patientendaten im erforderlichen Umfang unter den Voraussetzungen, die am konkreten Versorgungsmanagement beteiligt sind.

Mein Hausarzt wird die grundlegenden Datenübermittlungen mit mir abstimmen. Ich überlasse ihm dann die konkrete Einzelentscheidung in den hier beschriebenen Grenzen, welche Daten an welche Stellen übermittelt werden.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

**Datum und Unterschrift des Patienten nicht vergessen!**

### Patientenmerkblatt zum Austausch von Patientendaten im Rahmen des Versorgungsmanagements

**Das Original** des Patientenmerkblattes zum Austausch von Patientendaten im Rahmen des Versorgungsmanagements **verbleibt in Ihrer Praxis**. Eine Kopie wird dem Patienten ausgehändigt.

Mit den vollständigen **Patienten-** und **Arztdaten** sowie **Datum** bedrucken!

Bitte **ausschließlich** mit dem **Arztstempel** versehen!

**Unterschrift des Patienten** nicht vergessen!

**HZV-Beleg**

Bitte, Vorkasse der Versicherung: \_\_\_\_\_ per: \_\_\_\_\_

Krankengemeinschaft	Vertragsnr./Nr.	Status
Einzelabschluss	ArztNr.	Datum

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:  
**HÄVG Rechenzentrum GmbH**  
 Edmund-Rumpker-Str. 2, 51149 Köln

### HZV-Beleg zur Versicherteneinschreibung

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

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

