



+TE-ID+

 Arztwechsel, Begründung

Exemplar für den Versicherten

Patienteninformation und Teilnahmeerklärung zum Hausarztprogramm

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

Hausarztprogramm – Was ist das?

Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm ist freiwillig und kostenlos.

Mit dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) wollen die Krankenkassen 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.

Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm

Die 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 Einschreibe- und Einwilligungsdaten 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 Ihre Krankenkasse übermittelt. Wenn alle Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind, nimmt die Krankenkasse Ihre Einschreibung in das Hausarztprogramm vor.

Sie erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie im 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; darüber werden Sie durch Ihre Krankenkasse oder den Hausarzt informiert. Wird Ihre Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, keine Versicherung bei der angeschriebenen Krankenkasse), teilt dies Ihnen und Ihrem Arzt die Krankenkasse mit.

Mit Ende der Krankenkassen-Mitgliedschaft endet auch die Teilnahme an der HzV.

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 nach Erhalt des Bestätigungsschreibens Ihre Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Regulär kann frühestens zum Ablauf des Teilnahmejahres die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat vor Ablauf in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Krankenkasse 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. Der Hausarzt übergibt einem neu gewählten Hausarzt seine ärztlichen Daten über Sie nur dann, wenn Sie das wünschen.

Als Versicherter der AOK Nordost ist der Widerruf, die Kündigung und der Hausarztwechsel zu richten an die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. Als Versicherter der IKK Brandenburg und Berlin ist der Widerruf, die Kündigung und der Hausarztwechsel zu richten an die Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, Versorgungsmanagement, Keithstr. 9-11, 10787 Berlin oder per Mail an gesundheitsmm@ikkbb.de.

Exemplar für den Versicherten

Die Krankenkasse kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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, Teilnahmezeitraum, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen in der aktuell anzuwendenden Version des ICD-Katalogs je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Sofern die Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Teilnahmestatus am Hausarztprogramm elek-

tronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das von Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungsempfänger senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung und Ihre Versichertennummer.

Belehrung nach Art. 13 und 14 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 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 Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Tel. 02203 5756-1111. Sie können sich wegen der Teilnahme- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: Tel. 02203 5756-1111, E-Mail: DSB@haevg-rz.de.

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über die HÄVG Rechenzentrum GmbH richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 38424-0.

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 steuergesetzliche Zwecke aufbewahrt und nach spätestens 11 Jahren endgültig gelöscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Die verantwortliche Stelle für Fragen oder Beschwerden bei Ihrer Krankenkasse, deren Kontaktdaten sowie die deren Datenschutzbeauftragten werden Ihnen von Ihrer Krankenkasse in einer schriftlichen Teilnahmebestätigung mitgeteilt.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie als Versicherter der AOK Nordost unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte und als Versicherter der IKK Brandenburg und Berlin unter www.ikkbb.de/datenschutzregelung.html.

Antrag auf Teilnahme an dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HZV“ teilnehmen.

Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sorgfältig gelesen. Eine Kopie oder Zweitausfertigung dieser Erklärung erhalte ich im Anschluss an meine Unterschrift ausgehändigt. **Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung, wie unter „Ärztliche Leistungsabrechnung und der Weg Ihrer Daten“ beschrieben, bin ich einverstanden und entbinde meinen Hausarzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Ja, ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HZV“ nicht möglich. An Ihrer bisherigen hausärztlichen Versorgung ändert sich nichts.

□□ □□ □□□□
Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

□□ □□ □□□□
Bitte das heutige Datum eintragen

Arztstempel

Unterschrift des Hausarztes



+TE-ID+

 Arztwechsel, Begründung

Exemplar für den Hausarzt

Patienteninformation und Teilnahmeerklärung zum Hausarztprogramm

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

Hausarztprogramm – Was ist das?

Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm ist freiwillig und kostenlos.

Mit dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) wollen die Krankenkassen 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.

Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm

Die 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 Einschreibe- und Einwilligungsdaten 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 Ihre Krankenkasse übermittelt. Wenn alle Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind, nimmt die Krankenkasse Ihre Einschreibung in das Hausarztprogramm vor.

Sie erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie im 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; darüber werden Sie durch Ihre Krankenkasse oder den Hausarzt informiert. Wird Ihre Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versicherungstatus, keine Versicherung bei der angeschriebenen Krankenkasse), teilt dies Ihnen und Ihrem Arzt die Krankenkasse mit.

Mit Ende der Krankenkassen-Mitgliedschaft endet auch die Teilnahme an der HzV.

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 nach Erhalt des Bestätigungsschreibens Ihre Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Regulär kann frühestens zum Ablauf des Teilnahmejahres die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat vor Ablauf in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Krankenkasse 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. Der Hausarzt übergibt einem neu gewählten Hausarzt seine ärztlichen Daten über Sie nur dann, wenn Sie das wünschen.

Als Versicherter der AOK Nordost ist der Widerruf, die Kündigung und der Hausarztwechsel zu richten an die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Versorgungsbetreuung (CM/1), 14456 Potsdam oder per Mail an versorgungsbetreuung@nordost.aok.de. Als Versicherter der IKK Brandenburg und Berlin ist der Widerruf, die Kündigung und der Hausarztwechsel zu richten an die Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, Versorgungsmanagement, Keithstr. 9-11, 10787 Berlin oder per Mail an gesundheitsmm@ikkbb.de.

Exemplar für den Hausarzt

Die Krankenkasse kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme 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 Krankenkasse 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 Hausärzteverband 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 Krankenkasse 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, Teilnahmezeiträume, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen in der aktuell anzuwendenden Version des ICD-Katalogs je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Sofern die Krankenkasse 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 Krankenkasse und dem vom Hausärzteverband 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 Teilnahmestatus am Hausarztprogramm elek-

tronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das von Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungsempfänger senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung und Ihre Versichertennummer.

Belehrung nach Art. 13 und 14 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 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 Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Tel. 02203 5756-1111. Sie können sich wegen der Teilnahme- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: Tel. 02203 5756-1111, E-Mail: DSB@haevg-rz.de.

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über die HÄVG Rechenzentrum GmbH richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 38424-0.

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 steuergesetzliche Zwecke aufbewahrt und nach spätestens 11 Jahren endgültig gelöscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Die verantwortliche Stelle für Fragen oder Beschwerden bei Ihrer Krankenkasse, deren Kontaktdaten sowie die deren Datenschutzbeauftragten werden Ihnen von Ihrer Krankenkasse in einer schriftlichen Teilnahmebestätigung mitgeteilt.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie als Versicherter der AOK Nordost unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte und als Versicherter der IKK Brandenburg und Berlin unter www.ikkbb.de/datenschutzregelung.html.

Antrag auf Teilnahme an dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HZV“ teilnehmen.

Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sorgfältig gelesen. Eine Kopie oder Zweitausfertigung dieser Erklärung erhalte ich im Anschluss an meine Unterschrift ausgehändigt. **Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung, wie unter „Ärztliche Leistungsabrechnung und der Weg Ihrer Daten“ beschrieben, bin ich einverstanden und entbinde meinen Hausarzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Ja, ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HZV“ nicht möglich. An Ihrer bisherigen hausärztlichen Versorgung ändert sich nichts.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

 Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Arztstempel

 Unterschrift des Hausarztes