

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Kostenträger | | |
| Name, Vorname der Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



Versichertenteilnahme

- Einschreibung Arztwechsel

Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden)

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der SVLFG-LKK

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 SVLFG-LKK kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der SVLFG-LKK 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 SVLFG-LKK kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- mir bekannt ist, dass die SVLFG-LKK bei nicht vertragskonformen Verhalten eine der folgenden Maßnahmen aussprechen kann:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Beendigung der Teilnahmeberechtigung,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Kasse 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 bei der SVLFG-LKK die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der SVLFG-LKK angebotene Hausarztprogramm informiert bin.

- Zu 1.: Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der SVLFG-LKK teilnehmen.
- Zu 2.: Ja, ich habe die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm einverstanden.

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 3) erhalten und sorgfältig gelesen.

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an diesem Vertrag nicht möglich.

Durch einen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

3. Widerrufsbelehrung

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei der SVLFG-LKK widerrufen kann und die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung rechtmäßig erfolgte. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SVLFG, LKK Leistung, 34105 Kassel. Der Widerspruch kann auch durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments mit qualifizierter elektronischer Signatur an poststelle@svlfg.de oder durch De-Mail in der Sendevariante mit bestätigter sicherer Anmeldung nach dem De-Mail-Gesetz an poststelle@svlfg.de-mail.de erhoben werden. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut.

Bitte das heutige Datum eintragen _____

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters _____

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen _____

Unterschrift des Hausarztes _____

Stempel