

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

**Anlage 3 – Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung
gem. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V mit der IKK Nord**



Exemplar für den Versicherten

Einschreibung

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

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten
an dem IKK Nord-Hausarztprogramm (HZV)**

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 IKK Nord kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der IKK Nord 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 IKK Nord kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- mir bekannt ist, dass die IKK Nord 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 die IKK Nord informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,

Zu 1.: Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der IKK Nord 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.

- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der IKK Nord die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der IKK Nord angebotene Hausarztprogramm informiert bin.

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 in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK Nord widerrufen kann und die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung rechtmäßig erfolgte. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK Nord, Ellerried 1, 19061 Schwerin. 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

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



Exemplar für den Arzt

Einschreibung

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an dem IKK Nord-Hausarztprogramm (HZV)

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 IKK Nord kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der IKK Nord 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 IKK Nord kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen,
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- mir bekannt ist, dass die IKK Nord 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 die IKK Nord informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist,
- ich rechtzeitig schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,

Zu 1.: Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der IKK Nord 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.

- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der IKK Nord die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der IKK Nord angebotene Hausarztprogramm informiert bin.

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 in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK Nord widerrufen kann und die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung rechtmäßig erfolgte. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK Nord, Ellerried 1, 19061 Schwerin. 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

Stempel

Unterschrift des Hausarztes