

Einverständniserklärung des Patienten

an der Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

Ersteinschreibung

Arzt:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)
<ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung. • Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Bei Inanspruchnahme eines Gynäkologen oder Augenarztes strebe ich eine Koordinierung durch den Hausarzt an. Ansonsten kann ich Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches außer im Notfall nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch nehmen. Eine Krankenhausbehandlung sollte - abgesehen von Notfällen- durch die Einweisung meines Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes erfolgen. • Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Hausarztzentrierten Versorgung informiert. • Mein betreuender Hausarzt kann mich an Termine zur Gesundheitsvorsorge und/oder Impfungen erinnern (Recall). • Meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig und kann von mir innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die Krankenkasse. Darüber hinaus kann ich meine Teilnahme jederzeit frühestens jedoch nach einem Jahr schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. Eine Einschreibung bei mehreren Hausärzten sowie die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen ist nicht zulässig. • Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Krankenkasse und dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. • Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels. Über einen solchen Wechsel werde ich meine Krankenkasse unverzüglich informieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht. • Verantwortliche für den Datenschutz nach Art. 26 DS-GVO sind gemeinsam <ul style="list-style-type: none"> - die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel. 0421 34040, info@kvhb.de - Neue Hausarztliste e. V. (NHL), info@neue-hausarztliste.de - jeweilige für Sie zuständige und mit diesem Versorgungsvertrag verbundene BKK, insoweit vertreten durch den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover, info@bkkmitte.de <p>Die vorgenannten Verantwortlichen beachten die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die jeweils dafür erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen sowie datenschutzrechtlichen Verpflichtungen eigenverantwortlich sicher.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die jeweiligen Datenschutzbeauftragten sind unter den vorgenannten Adressen zu erreichen. Sie können sich im Bedarfsfall auch an die/den Datenschutzbeauftragte/n des BKK Landesverbandes Mitte unter datenschutz@bkkmitte.de sowie an Ihre BKK und deren Datenschutzbeauftragte/n wenden. Entsprechende Kontaktdaten finden Sie u. a. auf dem Internetauftritt oder in der Mitgliederzeitschrift Ihrer BKK. Sie haben außerdem das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. • Die personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieser Versorgung erhoben werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 73b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 DS-GVO, §§ 67a ff. SGB X. • Die Einverständniserklärung verbleibt bei meinem Hausarzt. Zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unterrichtet mein Hausarzt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen die Kassenärztliche Vereinigung Bremen über meine Teilnahme. Meine Daten und Informationen über die Art der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertrags-

	<p>partnern eingesehen und gespeichert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht. • Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig. Sie haben das Recht, eine ggf. erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der weiteren Verarbeitung personenbezogenen Daten innerhalb gesetzlich vorgeschriebenen Bindungsfristen nach einer zunächst erklärtene Teilnahme. Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist daher auch zugleich der Widerruf an der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung verbunden. Die rechtmäßig erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden, wie sie zur Durchführung und Abrechnung der besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung innerhalb der vorgesehenen Bindungsfristen erforderlich sind (Art. 6 Abs. 1f DS-GVO, , § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, §§ 67a, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X) oder gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unterliegen.
--	---

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung auf Grund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten / des gesetzlichen Vertreters oder des Vormundes
-----	-------	--