



Exemplar für den Versicherten

+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

an dem AOK-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 AOK NordWest kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der NordWest 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 AOK NordWest 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 AOK NordWest mich bei nicht vertragskonformen Verhalten aus dem Hausarztprogramm ausschließen kann und ich für entstandene Aufwände haftbar gemacht werden kann,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NordWest 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 in der AOK NordWest die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der AOK NordWest 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 6) erhalten und sorgfältig gelesen.

### 3. Widerrufsbelehrung

**Ich habe die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen meine Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei der AOK NordWest, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, 58079 Hagen. Meine Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut.**

**Zu 1.:** Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der AOK NordWest teilnehmen.

**Zu 2.:** Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sowie die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten, sorgfältig gelesen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

## Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel



Exemplar für den Arzt

+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

an dem AOK-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 AOK NordWest kündigen zu können. Ausnahmen zu Sonderkündigungsrechten können der Satzung der NordWest 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 AOK NordWest 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 AOK NordWest mich bei nicht vertragskonformen Verhalten aus dem Hausarztprogramm ausschließen kann und ich für entstandene Aufwände haftbar gemacht werden kann,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich die AOK NordWest 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 in der AOK NordWest die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- ich ausführlich und umfassend von meinem Hausarzt über das von der AOK NordWest 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 6) erhalten und sorgfältig gelesen.

### 3. Widerrufsbelehrung

**Ich habe die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen meine Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei der AOK NordWest, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NordWest, 58079 Hagen. Meine Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut.**

**Zu 1.:** Ja, ich möchte an diesem Hausarztprogramm bei der AOK NordWest teilnehmen.

**Zu 2.:** Ja, ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm „HZV“ sowie die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zur EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten, sorgfältig gelesen und bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

## Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel