

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur
Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen (HzV-THR)

Versand an:
AOK PLUS
Belegleser
09099 Chemnitz



V16A

- Ersteinschreibung**
- Hausarztwechsel wegen**
 - Ablauf von 12 Monaten
 - Umzug Versicherter/Arzt
 - Beendigung Teilnahme Arzt
 - Arzt-Patienten-Verhältnis gestört

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen behandelnden und betreuenden Hausarzt wähle. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme am Versorgungsvertrag „Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen“ (HzV-THR) informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass die in der Satzung der AOK PLUS i.V.m. dem Versorgungsvertrag geregelten besonderen Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Satzung enthaltenen sowie in den Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung, der Patienteninformation und dem Versorgungsvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Insbesondere verpflichte ich mich aufgrund der Satzung, zuerst den von mir gewählten Hausarzt zu konsultieren und andere Fachärzte vorbehaltlich umseitig genannter Ausnahmen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des HzV-THR umfassend informiert.

zu I.: Ja, ich habe die Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation erhalten und möchte gemäß den dortigen Ausführungen an der HzV-THR der AOK PLUS teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich habe die Erläuterungen zur Einwilligungserklärung erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der HzV-THR der AOK PLUS einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Hausarztes (vom teilnehmenden Hausarzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für die HzV-THR erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Hausarzt

Erläuterung zur Teilnahmeerklärung (TE)

Versicherte der AOK PLUS können an der „Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen“ (HzV-THR) teilnehmen, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist freiwillig. Eine gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsformen ist ausgeschlossen. Die HzV-THR stellt eine besondere hausärztliche und ergänzende Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der Grundlage des „Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen“ (Versorgungsvertrag) dar. Insoweit gelten die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung uneingeschränkt. Die Regelungen dieser besonderen Versorgungsform ergänzen die Rechte und Pflichten des von den Regelungen der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch das Versorgungsangebot mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus der HzV-THR ergibt und es ihrem Sinn und Zweck entspricht. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, das ärztliche Berufsrecht sowie die bundesmantelvertraglichen Regelungen.

Der Versicherte ist kein unmittelbarer Vertragspartner des Versorgungsvertrages. Die Rechte und Pflichten der Versicherten ergeben sich aus der Satzungsregelung der AOK PLUS i. V. m. dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), wie sie nach den Regelungen der HzV-THR i. V. m. dem Versorgungsvertrag näher ausgestaltet sind.

Mit der Teilnahme akzeptiert der Versicherte das Versorgungsangebot, den Leistungsumfang und die Pflichten sowie die Bedingungen der HzV-THR, wie sie sich aus den Satzungsbestimmungen i. V. m. der TE/EWE und dem Versorgungsvertrag ergeben.

Die Vertragspartner des Versorgungsvertrages erbringen selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinisch-fachliche Verantwortung für die Behandlung obliegt dem behandelnden Hausarzt (HA). Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht. Im Rahmen des Behandlungsverhältnisses der HzV-THR ist der HA mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet (vgl. § 76 Abs. 4 SGB V).

Durch die Unterzeichnung der TE/EWE **bindet sich der Versicherte** nach Maßgabe der HzV-THR **für ein Jahr an die HzV-THR sowie den betreuenden HA**. Mit der Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm aus dem Kreis der teilnehmenden Hausärzte gewählten HA in Anspruch zu nehmen.

Der Versicherte kann im Rahmen der HzV-THR nur einen betreuenden HA wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Hausärzte entschieden hat, ohne dies als HA-Wechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen betreuenden HA zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Die AOK PLUS unterrichtet unverzüglich die betroffenen Hausärzte.

Der Versicherte ist mit Teilnahmebeginn sowie nach einem HA-Wechsel mindestens ein Jahr an den gewählten HA gebunden. Nach Ablauf des Jahres ist ein **HA-Wechsel** jederzeit möglich.

In folgenden besonderen Fällen ist ein HA-Wechsel auch vor Ablauf des Jahres durch den Versicherten zulässig:

- Beendigung der Teilnahme des bisherigen HA an der HzV-THR, - Umzug des Versicherten und Unzumutbarkeit der Entfernung zum bisherigen HA,
- Nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, - Umzug des bisherigen HA und Unzumutbarkeit der Entfernung für den Versicherten.

Nimmt der vom Versicherten neu gewählte HA an der HzV-THR teil, füllt der Versicherte für diesen neu gewählten HA die TE/EWE erneut aus und informiert diesen über seinen bisherigen betreuenden HA. Der neu gewählte HA fordert die den Versicherten betreffenden medizinischen Vorbefunde (in Kopie) vom bisher betreuenden HA an. Der Wechsel wird mit Datum der Unterzeichnung der TE/EWE beim neu gewählten HA wirksam, maßgebend ist das jüngste Datum aller auf der TE/EWE geleisteten Unterschriften.

Die **Teilnahme** an der HzV-THR

- wird durch die gemeinsame Unterzeichnung der TE/EWE durch den Versicherten und den gewählten HA beantragt.
- beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der TE/EWE (maßgebend ist das jüngste Datum aller umseitig geleisteten Unterschriften).
- kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden. Nach Ablauf des Jahres ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens einen Monat vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Ein HA-Wechsel verlängert die Bindungsfrist an die HzV-THR nicht.
- endet außer durch Kündigung auch, wenn der gewählte HA nicht mehr an der HzV-THR teilnimmt und der teilnehmende Versicherte keinen anderen teilnehmenden HA wählt sowie bei einem Wechsel des Versicherten zu einem HA, der nicht der HzV-THR teilnimmt.

Sollte die TE/EWE eines Versicherten unvollständig oder fehlerhaft sein, informiert die AOK PLUS den Versicherten schriftlich hierüber. Eine Teilnahme ist erst nach Eingang einer vollständigen TE/EWE möglich.

Widerrufsbelehrung: Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufen werden. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser TE/EWE. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Mit der Teilnahme an der HzV-THR verpflichtet sich der Versicherte, für die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen **zuerst** den gewählten HA aufzusuchen **und die fachärztliche Versorgung ausschließlich auf Überweisung des gewählten HA** - vorbehaltlich folgender Ausnahmen - in Anspruch zu nehmen:

- die Behandlung durch Frauen- bzw. Augenärzte,
- die Behandlung durch andere Ärzte aufgrund räumlicher Abwesenheit (Urlaub),
- die Behandlung im Vertretungsfall sowie im Notfall,
- die Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten, soweit eine bereits genehmigte Therapie begonnen hat oder fortgesetzt werden soll,
- die Behandlung bei einem Arzt, der im Rahmen der Teilnahme an einem DMP-Programm als koordinierender Arzt gewählt wurde.

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen werden durch diese Ausnahmen nicht außer Kraft gesetzt. Vor dem **Aufsuchen einer stationären Einrichtung** soll - mit Ausnahme von Nottfällen - grundsätzlich der gewählte HA kontaktiert werden. Bei **wiederholter Nichtbeachtung der Bedingungen** der HzV-THR kann der **Ausschluss** des Versicherten aus der HzV-THR erfolgen. Über den Ausschluss entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Der Versicherte kann sich innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut in die HzV-THR einschreiben. Mit Unterzeichnung der TE/EWE legitimiert der Versicherte außerdem die Datenerhebung und die Datenübermittlung seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und -befunde durch den gewählten HA. Die im Rahmen der HzV-THR erhobenen Daten können gegebenenfalls für eine Evaluation verwendet werden und werden in diesem Fall nur hierfür in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) weitergegeben und genutzt.

Erläuterungen zur Einwilligungserklärung (EWE)

Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten Arzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach der Einschreibung durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit den jeweils gewählten Hausärzten in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) zur Verfügung stellt. Die KVT ist die von den teilnehmenden Hausärzten beauftragte Abrechnungsstelle, bei der die Leistungen der Hausärzte abgerechnet werden.
4. die KVT von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten erhält:
Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter HA.
5. Daten und Patientenunterlagen bei einem Wechsel meines bisherigen HA an den neu gewählten HA übersendet werden.
6. mein gewählter HA bei Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erhebt und diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen darf, zu dem sie übermittelt worden sind.
7. mein gewählter HA die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die mich auch behandelnden Leistungserbringer übermittelt.
8. der HA gegenüber der KVT abrechnet.
9. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
10. die AOK PLUS meine Daten nutzt, um mich über Änderungen, Ergänzungen und Zusatzvereinbarungen ("Module") zur Hausarztzentrierten Versorgung sowie weitere Service- und Leistungsangebote der AOK PLUS im Zusammenhang mit der Teilnahme, insbesondere einem indikationsbezogenen Versorgungsmanagement, informieren und beraten zu können, auch telefonisch oder per E-Mail.
11. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
12. ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen verbunden ist.