

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

**Anlage 4 zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung
–Teilnahmeerklärung des Versicherten –**

Erklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung durch Hausärzte zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und dem Verband der Arbeiter Ersatzkassen, vertreten jeweils durch die Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und handelnd für ihre beigetretener Mitgliedskassen.

- Ersteinweisung
- Information über Hausarztwechsel

Ja, ich nehme an der Hausarztzentrierten Versorgung durch Hausärzte teil. Folgendes ist mir bekannt:

- Meine Krankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Hausarztzentrierte Versorgung sowie die Aufgabenteilung zwischen meinem Hausarzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert. Ich habe dazu ausführliche schriftliche Informationen erhalten.
- Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Eine Kündigung ist frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der Krankenkasse möglich. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Quartalsende.
- Der Hausarzt übernimmt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators und koordiniert meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen Behandlung und der Krankenhausbehandlung, sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistung).
- Mein Hausarzt verschafft sich einen umfassenden Überblick über meine Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z.B. Arzneimittel, Fachärzte, Häusliche Krankenpflege).
- Während der Dauer der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung nehme ich ambulante fachärztliche und stationäre Behandlung nur auf Überweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch. Diese Regelung gilt nicht in Notfällen, urlaubsbedingter Abwesenheit und bei der Inanspruchnahme von Fachärzten für Gynäkologie, Augenheilkunde, des Weiteren von gesetzlichen Früherkennungsleistungen und vertraglichen Vorsorgeleistungen sowie genehmigten Psychotherapien.
- Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes oder aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich diesen wechseln. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)

Bitte das heutige Datum eintragen.

□	□	□	□	□	□	□	□
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisseder Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. Meine Daten können, sofern sie der Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden

Bitte das heutige Datum eintragen.

□	□	□	□	□	□	□	□
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

----- - nur vom Arzt auszufüllen - -----

Bitte das heutige Datum eintragen.

□	□	□	□	□	□	□	□
T	T	M	M	J	J	J	J

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des o.g. Vertrages wahrnehme.

Unterschrift Arzt

Vertragsarztstempel
Arzt/Gemeinschaftspraxis