

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



## Teilnahmeerklärung zur hausarztzentrierten Versorgung für Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern

- Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.
- Die Teilnahme beginnt am \_\_\_\_\_.
- Meine Krankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung sowie die Zusammenarbeit zwischen meinem Hausarzt und anderen Ärzten und/oder anderen beteiligten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert. Die Patienten- bzw. Versicherteninformation über die wesentlichen Inhalte des Hausarztmodells habe ich erhalten.
- Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung zu (vgl. Rückseite).
- Diese Erklärung kann von mir mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Bitte vom gewählten Hausarzt unterschreiben lassen:

Ich bestätige, dass ich für die/den vorgenannte/n Versicherte/n die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung wahrnehme.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes

### Information für den Hausarzt:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung per Fax oder per Post an:

Für die Versicherten der:	Faxnummer:	Anschrift:
LKK Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben (NOS)	(0871) 696 490	Dr.-Georg-Heim-Allee 1, 84036 Landshut
LKK Franken und Oberbayern (FOB)	(089) 45480 5816	Neumarkter Str. 35, 81673 München

## Hinweise zum Datenschutz

### - zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V für teilnehmende Versicherte -

Die hausarztzentrierte Versorgung richtet sich an Versicherte, die freiwillig gegenüber der Krankenkasse ihre Teilnahme erklären. Sie basiert auf gesetzlicher Grundlage, die den Hausarzt als zentralen Koordinator im Gesundheitssystem vorsieht. Ziel ist es, aus der geänderten Koordinierung und Strukturierung die Versorgung des Versicherten zu optimieren.

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Aufgabe übertragen, solche Versorgungsstrukturen anzubieten und die korrekte Durchführung entsprechend der vertraglichen Inhalte sicherzustellen. Daher benötigt die Krankenkasse die personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Teilnahmeerklärung erfragt werden.

Außerdem werden zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der hausarztzentrierten Versorgung die bei Ihrer Krankenkasse von Ihnen gespeicherten Daten wissenschaftlich ausgewertet. Dazu werden Ihre Daten ausschließlich anonymisiert weiterverarbeitet.

Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich, sie sind nur besonders berechtigten Krankenkassenmitarbeitern zugänglich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden vom Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht. Sollten Sie Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung beenden, werden die nicht mehr benötigten Daten gelöscht.

Von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobene Daten werden nur an die beteiligten Leistungserbringer übermittelt. Die Daten unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.