

Handlungsanleitung für Hausärzte zur Einschreibung eines Patienten in die HzV



Deutscher Hausärzterverband
Landesverband
Rheinland-Pfalz e.V.

☎ 06352 714-109



Ihr AOK-versicherter Patient möchte an der HzV teilnehmen

Anlage 2 - Teilnahmeerklärung Versicherter

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der „Hausärztlichen Versorgung“.

Über den Inhalt und die Ziele der Hausärztlichen Versorgung sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der Hausärztlichen Versorgung ergeben, bin ich informiert worden.

Mit dieser Erklärung will ich unter der an dieser Verfügung behandelnden Hausärztin meine Behandlung und Behandlungskosten im wesentlichen auch gegenüber der AOK (Kassenärztliche Bundesvereinigung) als Kostenträger und der AOK (Landesverband der Hausärzte) als Kostenträger für die ambulante Versorgung in Anspruch nehmen. Zudem will ich die Übernahme der gesamten Hausarzt-Gebühren (einschließlich der Gebühren für die Übertragung von Daten) übernehme. Ich bestätige hiermit, dass ich die Teilnahme an der Teilnahmeerklärung nicht als Grundlage für eine andere Teilnahme an der Teilnahmeerklärung (z.B. Teilnahme an der Teilnahmeerklärung als Grundlage für eine andere Teilnahme an der Teilnahmeerklärung) verwenden werde.

In Falle eines Verzuges gegen die vertraglichen Pflichten, kann ich aus der Hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden und muss die Kosten der notwendigen Gesundheitsleistungen selbst zu tragen. Die AOK (Rheinland-Pfalz) ist zu befragen.

Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung beginnt am dem in Besonderen angegebenem Datum. Die Teilnahme endet am dem in Besonderen angegebenem Datum. Die Teilnahme ist nicht rückgängig zu machen. Die Teilnahmeerklärung ist nicht rückgängig zu machen. Die Teilnahmeerklärung ist nicht rückgängig zu machen.

Ich erkläre ausdrücklich, dass meine Teilnahme an dieser Verfügung freiwillig ist.

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe vom Regeln von Umständen widerrufen. Ich bin, Fax, E-Mail oder die Hausärztin gegenüber der AOK zu informieren. Die Widerrufsbefugnis beginnt auch sofort dieser Mitteilung zu. Teilweise, teilweise jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Freigabe genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK.

Unterschrift **Gesetzlicher Vertreter oder Betreuer**

Mit dieser Erklärung erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung genehmige und meine Teilnahme an der Teilnahmeerklärung nicht als Grundlage für eine andere Teilnahme an der Teilnahmeerklärung (z.B. Teilnahme an der Teilnahmeerklärung als Grundlage für eine andere Teilnahme an der Teilnahmeerklärung) verwenden werde.

Ich erkläre auch ausdrücklich, dass diese Erklärung an der hausärztlichen Versorgung bindend ist. Die Teilnahmeerklärung ist nicht rückgängig zu machen. Die Teilnahmeerklärung ist nicht rückgängig zu machen.

Unterschrift **Gesetzlicher Vertreter oder Betreuer**

Und der Patient/Beauftragter ist hiermit einverstanden.

Füllen Sie dafür den Vordruck **Teilnahmeerklärung Versicherter** mit Datenschutzbestimmungen aus und lassen Sie Ihren Patienten **2 mal unterschreiben**



Senden Sie bitte die unterschriebene Teilnahmeerklärung **im Original** in dem zur Verfügung gestellten Rückumschlag an die AOK RPS



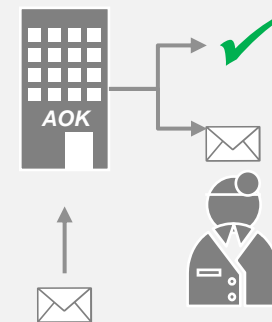
Eine Kopie können Sie in der Patientenakte ablegen



Auf Wunsch können Sie Ihrem Patienten eine Kopie seiner Teilnahmeerklärung für seine Unterlagen mitgeben



Bei Bedarf können Sie Ihrem Patienten gerne **weitere Informationsmaterialien** zur HzV übergeben (z.B. Versicherteninformation)



Nach Erhalt der Original-Teilnahmeerklärung Ihres Patienten prüfen wir diese und informieren Sie **schriftlich**, falls eine Teilnahme **nicht** möglich ist