

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

Erklärung zur Teilnahme an „Mein Arzt“ Hessen

VIActiv Krankenkasse
Zentraler Posteingang
45064 Essen

Ihre Servicenummer
0800 222 12 11
service@viactiv.de

Ja, ich nehme an „Mein Arzt“ teil. Folgendes ist mir bekannt:

- Der gewählte Hausarzt übernimmt die Koordination innerhalb meiner Behandlung. Er ist immer erster Ansprechpartner. Ich nehme Fachärzte nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch. Grundsätzlich wähle ich einen am Vertrag „Mein Arzt“ teilnehmenden Facharzt. In folgenden Fällen habe ich keinen Anspruch auf die im Vertrag beschriebenen Vorteile:
 - im Vertretungsfall,
 - bei Inanspruchnahme des Notdienstes,
 - bei Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten,
 - kein Facharzt der benötigten Fachrichtung ist dem Vertrag beigetreten,
 - ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ist zwar beigetreten; es ist für mich jedoch nicht zumutbar diesen aufzusuchen (z. B. ein langjährig bestehendes Facharzt/Patienten-Vertrauensverhältnis).
- Alle mir verordneten Medikamente sowie Selbstmedikationen gebe ich meinem Hausarzt bekannt.
- Meine Teilnahme ist freiwillig und mindestens auf ein Jahr festgelegt. Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich einen anderen Arzt aus „Mein Arzt“ wählen oder aus dem Programm aussteigen. Ich kann meine Teilnahme frühestens vier Wochen vor Ablauf des ersten Jahres der Einschreibung schriftlich gegenüber der VIActiv Krankenkasse kündigen. Andernfalls verlängert sich die Teilnahme, wobei dann die Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gilt.
- Bei Fragen, Beschwerden oder bei persönlicher Unzufriedenheit kann ich mich schriftlich oder persönlich an die VIActiv Krankenkasse wenden.
- Ich verpflichte mich die vom Arzt vorgegebenen Termine einzuhalten.
- Mein gewählter Hausarzt und/oder die VIActiv Krankenkasse hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages „Mein Arzt“ informiert. Ich habe die o. g. Punkte zur Kenntnis genommen. Halte ich diese nicht ein, kann die VIActiv Krankenkasse meine Teilnahme beenden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Arztes/Stempel

_____ Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich bin mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch meinen Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden. Folgendes ist mir bekannt:

- Meine Daten bleiben neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes bei meinem betreuenden Hausarzt.
- Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der interdisziplinären Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden.
- Die VIActiv Krankenkasse kann mich zur persönlichen Zufriedenheit und Lebensqualität befragen.
- Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters