

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Arztstempel/Unterschrift des Arztes



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Teilnahmeerklärung des Patienten / Datenerhebung zum HZV-Vertrag für Kinder und Jugendliche

An die:

**Ärztegenossenschaft Nord eG**

**Bahnhofstr. 1-3**

**23795 Bad Segeberg**

**Ja, ich möchte, dass mein Kind/dass ich an dem Vertrag über die pädiatrisch-hausärztliche Versorgung teilnimmt/teilnehme.**

Der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Arzt bestätigt, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme erfülle. Ich bin umfassend über die Inhalte der Leistungen nach diesem Vertrag informiert.

Ich erkläre mich bereit, für den Zeitraum der hausarztzentrierten Versorgung die genannten Untersuchungen durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte durchführen zu lassen.

Meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ein Wechsel des Vertragsarztes ist im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung frühestens nach einem Jahr möglich. Dieser Widerruf muss bei meiner Krankenkasse schriftlich erfolgen (Ausnahmen mgl.).

Ich bin damit einverstanden, dass meine patientenbezogenen Daten bezüglich dieser Versorgungsform für die Leistungsabrechnung erfasst und zur Qualitätssicherung verarbeitet werden dürfen.

### Belehrung über das Widerspruchsrecht

Ich kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Mit Zugang meines Widerrufs bei der Krankenkasse ist keine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung entstanden.

Ich habe das **Patienteninformationsblatt** über die pädiatrisch-hausärztliche Versorgung **erhalten und gelesen. Die Patienteninformation nach Art. 13 DS-GVO habe ich ebenfalls erhalten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters