

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



Teilnahmeerklärung des Versicherten

Für die Hausarztbasierte Integrierte Versorgung von Kindern- und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte

.....
(aufklärender Arzt)

- (1) Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich
- a. über die Inhalte des Versorgungsmodells ausführlich informiert wurde.
 - b. die Elterninformation erhalten habe und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin.
 - c. bei der angegebenen Betriebskrankenkasse versichert bin.
 - d. mich verpflichte zuerst den gewählten Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch den Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehme (außer Notfall, Gynäkologe und Augenarzt).
 - e. bei Änderung meines Versichertenverhältnis meinen Kinder- und Jugendarzt informiere.
- (2) Mir ist bekannt, dass
- a. die Teilnahme an der hausarztbasierten integrierten Versorgung freiwillig ist.
 - b. ein Wechsel des Kinder- und Jugendarztes nur in begründeten Fällen (z.B. Umzug) möglich ist. Bei einem Wechsel wird eine neue Teilnahmeerklärung erforderlich, auf der der Wechsel vermerkt ist.
 - c. die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Programmen der hausarztzentrierten oder hausarztbasierten Versorgung ausgeschlossen ist.
- (3) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den beteiligten Leistungserbringern und behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Vertragsärzte, Krankenkasse, sonstige Dritte) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- (4) Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich widersprechen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung nicht (mehr) möglich ist.
- (5) Neueinschreibung Wechsel des Kinder- und Jugendarztes

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter/
Erziehungsberechtigter

Für den Arzt:

Bitte faxen Sie die Teilnahmeerklärung an den BKK Landesverband Bayern.

Fax: 089/ 74 579 55- 165

Bei Fragen Tel.: 089 74 579 - 165