

Exemplar für den Versicherten

TeleArzt _____

+TE-ID+

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung TeleArzt

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin.
- ich im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm (HZV) nur meinen HZV-Betreuarzt als TeleArzt wählen kann. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift für den TeleArzt nicht erneut.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, dass ich bei einem Arztwechsel meines HZV-Betreuarztes aus dem Programm TeleArzt ausscheide und ich mich frühestens im darauf folgenden Quartal erneut bei dem neu gewählten HZV-Betreuarzt einschreiben kann.
- ich mich verpflichte, meine hausärztliche Versorgung ausschließlich durch den TeleArzt durchführen zu lassen.
- ich im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und dem TeleArzt die Regelungen des HZV-Vertrages weiter gegen mich gelten lasse.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am TeleArzt nicht mehr möglich ist.
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Programm TeleArzt informiert und mir die Patienteninformation zum TeleArzt (**Anlage 6.1**) und die Patienteninformation zum Datenschutz (**Anlage 6.2**) **ausgehändigt wurden, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am TeleArzt freiwillig ist und sich an chronisch kranke Patienten richtet, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.**
- die Teilnahme am Programm TeleArzt bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen automatisch endet.
- ich bei Nichteinhaltung der TeleArzt-Teilnahmebedingungen aus dem Programm TeleArzt ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Krankenkassen-Mitgliedschaft die Teilnahme am TeleArzt endet.
- meine zum TeleArzt erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Programm TeleArzt gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am TeleArzt der Krankenkassen.

Ich stimme zu, dass

- im Datenbestand der Krankenkasse und dem von der TAG TeleArzt GmbH („TAG“) beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am TeleArzt teilnehme.
- die am TeleArzt teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten und im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und dem TeleArzt HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am TeleArzt

Ja, ich möchte am Programm TeleArzt meiner Krankenkasse teilnehmen.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Programm TeleArzt meiner Krankenkasse bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beträgt zwei Wochen und beginnt mit Abgabe der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, bin ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch gewählten HZV-Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Stempel

Unterschrift des HZV-Hausarztes

Exemplar für den Arzt

Betreuarzt: _____

+TE-ID+

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung TeleArzt

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin.
- ich im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm (HZV) nur meinen HZV-Betreuarzt als TeleArzt wählen kann. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift für den TeleArzt nicht erneut.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, dass ich bei einem Arztwechsel meines HZV-Betreuarztes aus dem Programm TeleArzt ausscheide und ich mich frühestens im darauf folgenden Quartal erneut bei dem neu gewählten HZV-Betreuarzt einschreiben kann.
- ich mich verpflichte, meine hausärztliche Versorgung ausschließlich durch den TeleArzt durchführen zu lassen.
- ich im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und dem TeleArzt die Regelungen des HZV-Vertrages weiter gegen mich gelten lasse.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am TeleArzt nicht mehr möglich ist.
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Krankenkasse angebotene Programm TeleArzt informiert und mir die Patienteninformation zum TeleArzt (**Anlage 6.1**) und die Patienteninformation zum Datenschutz (**Anlage 6.2**) **ausgehändigt wurden, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am TeleArzt freiwillig ist und sich an chronisch kranke Patienten richtet, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.**
- die Teilnahme am Programm TeleArzt bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen automatisch endet.
- ich bei Nichteinhaltung der TeleArzt-Teilnahmebedingungen aus dem Programm TeleArzt ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Krankenkassen-Mitgliedschaft die Teilnahme am TeleArzt endet.
- meine zum TeleArzt erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Programm TeleArzt gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am TeleArzt der Krankenkassen.

Ich stimme zu, dass

- im Datenbestand der Krankenkasse und dem von der TAG TeleArzt GmbH („TAG“) beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am TeleArzt teilnehme.
- die am TeleArzt teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten und im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und dem TeleArzt HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am TeleArzt

Ja, ich möchte am Programm TeleArzt meiner Krankenkasse teilnehmen.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation zum Datenschutz vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Programm TeleArzt meiner Krankenkasse bin ich einverstanden. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ja, ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beträgt zwei Wochen und beginnt mit Abgabe der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, bin ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch gewählten HZV-Hausarzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des HZV-Hausarztes

Stempel