

**Versicherten-Einschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung**

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

 Arztwechsel

Ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir ist die Patienteninformation zum Hausarztprogramm inklusive der Patienteninformation zur Datenverarbeitung und die Teilnahme und Einwilligungserklärung bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Hausarzt über ihren Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmevoraussetzungen in der gesetzlich unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zur Datenverarbeitung beschriebenen Umfang zu. Für Mehrkosten, die durch mein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, kann ich haftbar gemacht werden.

 Arztstempel
 

 Datum/Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters
 

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:

**HÄVG Rechenzentrum AG**  
 Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln