



Versicherten-Einschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Versicherteneneinschreibung
zur hausarztzentrierten Versorgung
HzV-Vertrag BKK-Bayern**

Arztwechsel

Ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Patienteninformation zum Hausarztprogramm, die Patienteninformation zum Datenschutz sowie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte 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 gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung in dem in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebenen Umfang zu.

Datum/Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Arztstempel

**Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln**