



**HZV UPDATE -
DOKUMENTATION**

Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen Bremen

Inhaltsverzeichnis

1	Leistungskatalog aktualisieren.....	2
2	Ausdruck Versichertenteilnahmeerklärung	3

1 Leistungskatalog aktualisieren

Damit Ihnen die aktuellen Ziffern des Leistungskatalogs des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Verfügung stehen, ist es notwendig, den Leistungskatalog zu aktualisieren.

Um den Leistungskatalog zu aktualisieren, gehen Sie bitte in ALBIS über den Menüpunkt Stammdaten Direktabrechnung Hausarztzentrierte Versorgung Aktualisieren. Mit Betätigen des Druckknopfes Ja und weiterem Befolgen der Bildschirmanweisungen wird Ihr Leistungskatalog des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung automatisch aktualisiert.


Wichtiger Hinweis:

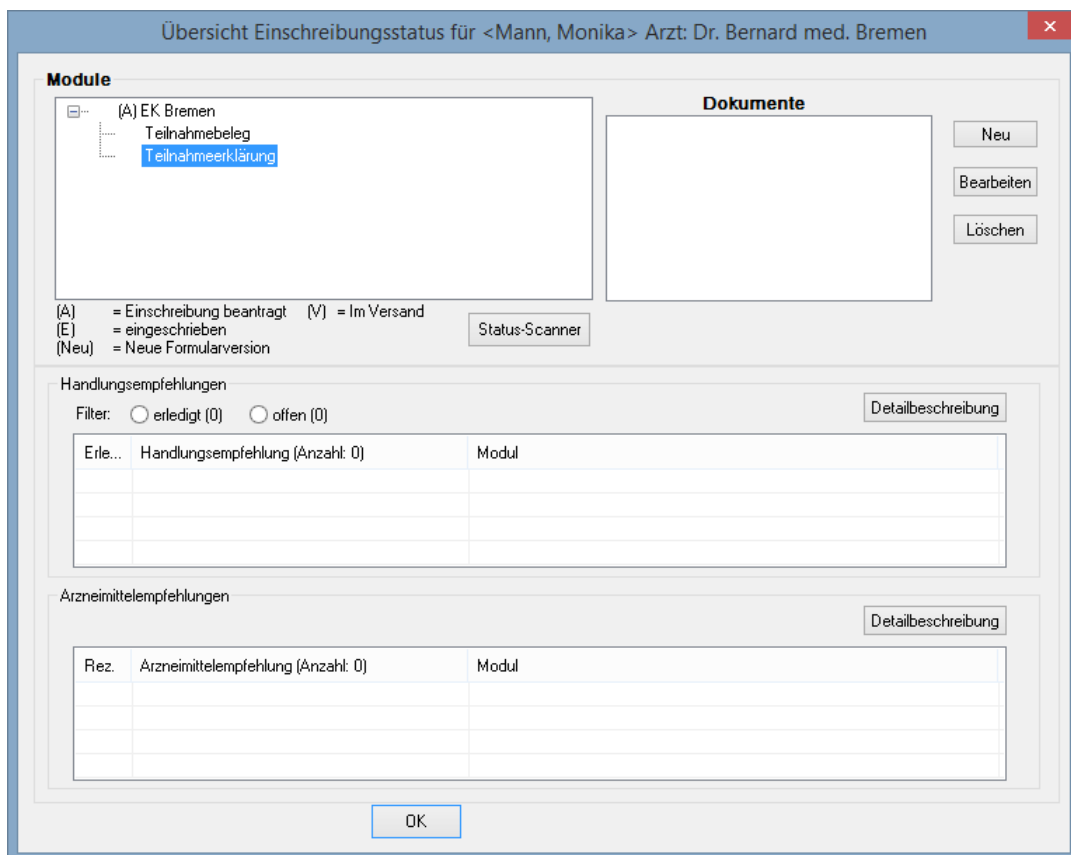
! Bitte beachten Sie, dass die Aktualisierung einige Zeit in Anspruch nehmen kann !

Wir empfehlen Ihnen, die Aktualisierung möglichst am Ende der Sprechstunde und an Ihrem Hauptrechner durchzuführen!

Bitte führen Sie anschließend eine Scheindatenaktualisierung durch. Gehen Sie hierzu in ALBIS über den Menüpunkt Direktabrechnung Hausarztzentrierte Versorgung Scheindaten aktualisieren. Wählen Sie im folgenden Dialog das Quartal, für welches Sie die Scheindaten aktualisieren möchten und bestätigen Sie den Dialog mit OK.

2 Ausdruck Versichertenteilnahmeerklärung

Über den Druckknopf  bei geöffnetem Patienten, steht Ihnen die patientenbezogene IV-Verwaltung zur Verfügung. Es öffnet sich folgender Dialog:



Hier steht Ihnen die Teilnahmeerklärung für den jeweiligen Versicherten zur Verfügung. Wählen Sie im oberen linken Bereich die Teilnahmeerklärung und klicken Sie anschließend auf den Druckknopf Neu. Es öffnet sich die Teilnahmeerklärung für den entsprechenden Patienten:

EK Bremen Teilnahmeerklärung
✖

HANSEATISCHE KRANKENKASS 40606

Mann
Monika 26.04.1970
Mannstraße 70
56070 Koblenz

101570104 N025833737 1
031111100 999985901 11.09.2016

Arztwechsel, Begründung

I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem Hausarztprogramm freiwillig ist. Bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm kann ich aus dem Hausarztprogramm ausgeschlossen und für dadurch entstandene Schäden haftbar gemacht werden.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Ersatzkasse versichert bin,
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt mindestens ein Jahr wähle und für mindestens ein Jahr am Hausarztprogramm teilnehme,
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen,
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Die Satzung meiner Ersatzkasse kann weitere Ausnahmeregelungen vorsehen.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) ausschließlich den mir benannten Vertretungsarzt im Hausarztprogramm aufsuche,
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Ersatzkasse informiere, da ggf. die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht mehr möglich ist.


II. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Hausarztprogramm

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.
Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden.
Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte das heutige Datum eintragen
11.09.2016

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Anlage 6.3



Exemplar für den Versicherten

- ich schriftlich über meinen Teilnahmebeginn am Hausarztprogramm informiert werde,
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Ersatzkasse die Teilnahme am Hausarztprogramm endet,
- meine im Rahmen des Hausarztprogrammes erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm,
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf eines Jahres nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist,
- ich ausführlich und umfassend über das von meiner Ersatzkasse angebotene Hausarztprogramm informiert bin,
- **mir die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.**


Bitte das heutige Datum eintragen
11.09.2016

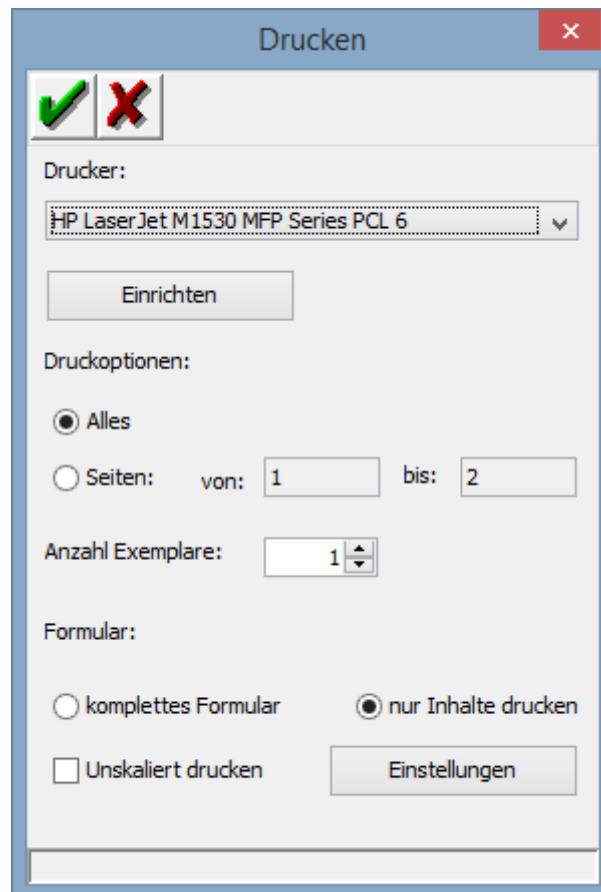
Unterschrift des Hausarztes

Herr Dr. Bernard Bremen
 Arzt-Hausarzt
 LANR: 999985901
 BSNR: 001111100
 Bremer Straße 7a
 28001 Bremen
 Tel.: 0421-654123

Stempel

Dieses Formular hat eine gültige Signatur.

Wenn Sie den Druckknopf  am oberen Rand des Formulars klicken erscheint folgender Dialog:



Drucken

✓ ✗

Drucker:

HP LaserJet M1530 MFP Series PCL 6

Einrichten

Druckoptionen:

Alles

Seiten: von: 1 bis: 2

Anzahl Exemplare: 1

Formular:

komplettes Formular nur Inhalte drucken

Unskaliert drucken

Einstellungen

Ab sofort steht Ihnen hier die Funktion `komplettes Formular` sowie wahlweise `nur Inhalte drucken` zur Verfügung.

Bei der Funktion `komplettes Formular`, wird die `Versichertenteilnahmeerklärung` als vollständiges Formular ausgedruckt. Wählen Sie hingegen die Funktion `nur Inhalte drucken`, werden Ihnen nur die Inhalte des Formulars ausgedruckt.