

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfall- diensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm- Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Stempel

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfall- diensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm- Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Stempel

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers