

**Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern**



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Vertragskennzeichen

99773

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Stat.

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**MUSTER**

\*Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind die Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie die Information zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme und das jederzeitige Widerrufsrecht meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung sind mir bekannt. Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Teilnahmebedingungen aus der Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie mit den Informationen zum Datenschutz ausdrücklich einverstanden. Für Mehrkosten, die durch nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, kann ich haftbar gemacht werden. Meine Teilnahme ist freiwillig.



Vertragsarztstempel

X

Datum / Unterschrift des Versicherten/des gesetzlichen Vertreters\*

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt und unterschrieben an folgende Adresse senden: AOK Bayern - Die Gesundheitskasse Service-Center Post

HzV  
Postfach 2013  
92218 Amberg