

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

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung des Patienten / Datenerhebung

zum Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gem. § 73b SGB V zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und der bvkj.Service GmbH

An die
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Ja, ich möchte, dass mein Kind/dass ich an dem Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung teilnimmt/teilnehme.

Der an der hausärztlich-pädiatrischen Versorgung teilnehmende Arzt bestätigt, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme erfülle. Ich bin umfassend über die Inhalte der Leistungen nach diesem Vertrag informiert.

Ich erkläre mich bereit, für den Zeitraum der hausärztlich-pädiatrischen Versorgung die hier genannten Präventionsangebote/Untersuchungen durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte durchführen zu lassen.

Meine Teilnahme an der hausärztlich-pädiatrischen Versorgung ist freiwillig und kann frühestens nach einem Jahr (außer bei wichtigem Grund) bei meiner Krankenkasse schriftlich widerrufen werden, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Behandlung entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine patientenbezogenen Daten bezüglich dieser Versorgungsform für die Leistungsabrechnung erfasst und zur Qualitätssicherung verarbeitet werden dürfen.

Ich habe das **Patienteninformationsblatt** über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung **erhalten und gelesen.**

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters