

## HANDLUNGSANLEITUNG „Einschreibung des Versicherten“

(Stand: Januar 2022)

Um Ihnen die Einschreibung von Patienten in den HZV-Vertrag mit der AOK Bayern zu erleichtern, haben wir eine kurze Anleitung für Sie erstellt.

Folgende Unterlagen benötigen Sie für die Einschreibung von Versicherten in den HZV-Vertrag mit der AOK Bayern:

- **„Teilnahme- und Datenschutzerklärung“** (Anlage 6 zum HZV-Vertrag).  
Diese Teilnahmeerklärungen stehen Ihnen unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de) in der Rubrik „Hausarztverträge“ unter den Vertragsdokumenten des HZV-Vertrages AOK Bayern zur Verfügung. Zudem können Sie diese bei der Patienteneinschreibung direkt aus der Praxissoftware ausdrucken und zusätzlich mit den Patientendaten bedrucken lassen.
- **HZV-Beleg 99773**  
HZV-Belege erhalten Sie bei Teilnahmebeginn automatisch zugesendet. Diese können Sie jederzeit bei der bei der Vordruck Leitverlag GmbH mittels eines Online-Bestellformulars unter <https://www.vordruckleitverlag.de/hzvby> anfordern.

### In 5 Schritten zur korrekten Einschreibung:

1. Einschreibeberechtigt sind alle Versicherten, die noch nicht in den HZV-Vertrag AOK Bayern eingeschrieben sind, unabhängig vom Alter des Patienten.
2. Der Versicherte der AOK Bayern möchte seine Teilnahme an der HZV beim Hausarzt erklären. Sie informieren den Versicherten über die HZV und händigen ihm die **Teilnahme- und Datenschutzerklärung** aus und bitten ihn, diese sorgfältig durchzulesen. Siehe Abbildung der Unterlagen auf der folgenden Seite.
3. Nachdem der Patient die Unterlagen sorgfältig durchgelesen hat, bitten Sie ihn um Unterschrift der **Teilnahme- und Datenschutzerklärung** und legen ihm zudem den vollständig bedruckten und mit Arztstempel versehenen **HZV-Beleg** (siehe Abbildung der Belege auf der Rückseite) **zur Unterschrift** vor.
4. Im Anschluss kopieren Sie bitte die Teilnahme- und Datenschutzerklärung und händigen dem **Patienten** die Kopie aus. Das **Original** verbleibt in Ihren **Akten** und muss mindestens zehn Jahre in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.
5. Den HZV-Beleg senden Sie bitte regelmäßig an das Service-Center Post der AOK Bayern. Die HZV-Belege werden dort zentral sortiert, gescannt und validiert:

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**  
**Service-Center Post**  
**HZV**  
**Postfach 2013**  
**92218 Amberg**



Liegen alle Teilnahmevoraussetzungen vor, wird die HZV-Teilnahme des Patienten bestätigt. Die Neuteilnahme von Patienten und den jeweiligen Beginn der Teilnahme können Sie weiterhin den Informationsbriefen Patiententeilnahmestatus entnehmen.

Bitte berücksichtigen Sie die Postlaufzeit und senden Sie Ihre HZV-Belege regelmäßig an die zentrale Stelle der AOK Bayern. Die Einsendefristen für die HZV-Belege finden Sie unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de).

**Sie haben Rückfragen?**

Weitere Hilfe und Informationen zum HZV-Vertrag mit der AOK Bayern erhalten Sie beim Kundenservice der HÄVG Rechenzentrum GmbH unter Telefon 02203 / 57 56 11 11 oder senden Sie eine E-Mail an [kundenservice@haevg-rz.de](mailto:kundenservice@haevg-rz.de) oder ein Fax an 02203 / 57 56 11 10 oder wenden Sie sich per E-Mail an die Geschäftsstelle des Bayerischen Hausärzteverbandes; E-Mail [vertraege@bhaev.de](mailto:vertraege@bhaev.de).

## Einschreibeunterlagen zum HZV-Vertrag AOK Bayern S15: Teilnahme- und Datenschutzerklärung:

<div data-bbox="534 600 715 683"></div> <h3 data-bbox="146 712 606 772">Hausarztzentrierte Versorgung Teilnahme- und Datenschutzerklärung</h3> <p data-bbox="630 712 715 750">Vertragskennzeichen <b>99773</b></p> <p data-bbox="146 806 715 840">Ich möchte am AOK Hausarztvertrag teilnehmen. Mein gewählter Hausarzt soll im Hausarztvertrag der AOK Bayern mein Leber und erster Ansprechpartner für medizinische Fragen werden.</p> <p data-bbox="146 846 715 869">Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen möchte:</p> <ul data-bbox="146 878 715 1120" style="list-style-type: none"><li>• Ich bin ab Beginn der Teilnahme mindestens 12 Monate an dem gewählten Hausarzt gebunden. In dieser Zeit kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund kündigen, z. B. wenn ein geübtes Arzt/Patientenverhältnis oder ein Wohnortwechsel vorliegt.</li><li>• Mir ist bekannt, dass die Kündigungsfrist 3 Monate zum Quartalsende beträgt und eine Kündigung frühestens zum Ende des ersten Teilnahmejahres erfolgen kann. Wenn ich meine Teilnahme am AOK-Hausarztvertrag kündigen möchte, dann muss dies schriftlich erfolgen.</li><li>• Meine Teilnahme endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der AOK Bayern endet. Meine Teilnahme endet auch, wenn ich der Weiterführung meiner Teilnahme widerspreche, weil mein gewählter Arzt seinen Praxisort verlässt oder seine Praxis an einen Nachfolger übergibt. Meine Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Hausarztvertrages begrenzt.</li><li>• Ich kann nicht teilnehmen, wenn ich die Kostenentlastung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt habe, mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK Bayern in Vorzug bin und/oder wenn mein Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Treten diese Ausschlussgründe nach Beginn der Teilnahme ein, endet meine Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem dieser Ereignis eintritt.</li><li>• Ich wähle meinen Hausarzt als ersten Ansprechpartner für medizinische Fragen und Leistungen durch das Gesundheitswesen und <del>entschiede</del> mich:<ul data-bbox="146 1041 715 1120" style="list-style-type: none"><li>• Andere Ärzte/Fachkräfte und Krankenhäuser (außer in Notfällen) nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Kinderärzte, Augenärzte und Frauenärzte können ohne Überweisung in Anspruch genommen werden).</li><li>• In Vertretungsfällen meines gewählten Hausarztes einen HV-Vertretungsarzt aufzusuchen.</li></ul></li></ul> <p data-bbox="146 1131 715 1153"><b>Datenschutz-Erklärung</b></p> <p data-bbox="146 1160 715 1182">Zur Gewährung der beschriebenen Leistungen durch die AOK Bayern ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.</p> <ul data-bbox="146 1191 715 1232" style="list-style-type: none"><li>• Ich habe die „Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ zur Kenntnis genommen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag bin ich einverstanden und erkläre gleichzeitig die genannten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.</li><li>• Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag jederzeit widerrufen kann.</li></ul> <p data-bbox="146 1254 715 1332"><b>Wichtiger Hinweis:</b> Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag ist freiwillig. Eine Teilnahme ist damit verbunden, dass Sie ausnahmslos mit allen Teilnahme- und Datenschutzbedingungen einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag nicht möglich. Sie erhalten von uns nach Prüfung und Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen mit besonderem Schreiben Ihren Ausweis zur Vorlage bei Ihrem Hausarzt zugesandt. Bitte beachten Sie, dass Sie erst ab dem im Ausweis genannten Teilnahmebeginn an unserem Hausarztvertrag teilnehmen.</p> <p data-bbox="146 1366 715 1377"><small>CH, 02018</small></p> <div data-bbox="279 1377 638 1444" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p style="text-align: center;"><b>Unterschrift Versicherter</b></p></div> <p data-bbox="534 1433 715 1456" style="text-align: right;"><b>EINFACH NUR, MEINE AOK.</b></p>	<h3 data-bbox="853 604 1372 705">Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung</h3> <p data-bbox="853 712 1173 750">zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der AOK Bayern und dem BHA/V</p> <p data-bbox="1372 712 1468 750" style="text-align: right;">Vertragskennzeichen <b>99773</b></p> <p data-bbox="853 772 1212 795"><b>Bitte vor dem Unterschreiben des „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ durchlesen!</b></p> <p data-bbox="853 840 1157 862"><b>Welche Daten werden zu welchem Zweck verarbeitet?</b></p> <p data-bbox="853 873 1412 907"><b>Verarbeitung beinhaltet gemäß Artikel 4 Ziffer 2 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) u.s. das Erheben, Speichern und Verwenden von Daten.</b></p> <ol data-bbox="853 918 1468 1456" style="list-style-type: none"><li><b>1. Verarbeitung meiner Teilnahmedaten</b> Der von mir unterschriebene „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ wird von meinem Hausarzt an die AOK Bayern geschickt. Dort werden die Daten geprüft. Ist meine Teilnahme möglich, meldet die AOK Bayern meine Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungs-Nr., Kasernummer und Teilnahmedaten) sowie die Daten meines gewählten Hausarztes und ggf. Ende der aktuellen und ggf. früherer Teilnahmen kontinuierlich und verschickt sie an das vom Bayerischen Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum (HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpfer-Strasse 2, 51149 Köln). Das Rechenzentrum leitet diese Daten an meinen Hausarzt weiter. Mein Hausarzt benötigt diese Daten um die dem Vertrag entsprechenden Leistungen zu erbringen und abzurechnen.</li><li><b>2. Koordination ärztlicher Leistungen</b> Damit mein Hausarzt eine umfassende Behandlung sicherstellen kann bin ich ausdrücklich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (die v.g. Daten sowie Gültigkeit der Krankenkassenversicherung, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührensnummern und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Anamnese, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumangabe, Medikation und Behandlung, Befunde, Therapieempfehlungen, Ernährungsanträge, Anzeigene und sonstige Leistungsbringer, Überweisungen, Unfallantragswesen, Zusatzleistungen, Zusatzleistungen, Abrechnungsquartal zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben und diese bei einem Arztwechsel auf Anforderung an meinen neu gewählten Hausarzt übermittelt werden und er bei Weiterbehandlung mit Fachärzten und/oder Krankenhausärzten Behandlungsdaten und Befunde austauscht.</li><li><b>3. Abrechnung</b> Der Bayerische Hausärzterverband hat gemäß den Regelungen in § 295a Abs. 2 des Sozialgesetzbuches V einen externen Abrechnungsdienstleister (HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpfer-Strasse 2, 51149 Köln) mit der Verarbeitung meiner Teilnahmedaten und der im Rahmen der Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt. Für das beauftragte Rechenzentrum gilt das Sozialgesetzbuch im Sinne des § 35 Sozialgesetzbuch I entsprechend. Dabei sind von den Beteiligten die geltenden gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten.</li><li><b>4. Verarbeitung der Abrechnungsdaten und Abrechnungsprüfung</b> Damit mein Hausarzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen und dabei bestimmte, gesetzlich anzuhaltende Daten erheben und zum Zwecke der Abrechnung an den Abrechnungsdienstleister übermitteln. Hierbei kann mein Hausarzt die nötigen Daten an die HÄVG Rechenzentrum GmbH (s. Pt. 3.) unter Sicherstellung der Wahrung des Sozialgeheimnisses übermitteln. Die HÄVG Rechenzentrum GmbH prüft die Daten und leitet auf geordnetem Wege die elektronische Abrechnungsdaten an die AOK Bayern weiter. Auf der Grundlage dieser Daten erhält mein Hausarzt seine Vergütung. Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmedaten können hierbei verarbeitet werden: Versicherungs-Nr., Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kasernummer, Versicherungsstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenkassenversicherung, Art der Inanspruchnahme, Angaben zum Behandler (Behrebestellnummer, Ionenangabe, Arztnummer, Arztgruppennummer), Institutionskennzeichen, Behandlungstag, Gebührensnummern und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumangabe, Überweisungen, Unfallantragswesen, Zusatzleistungen, Zusatzleistungen, Abrechnungsquartal.</li></ol>
--	---

**Teilnahme- und Datenschutzerklärung:**

**HZV-Beleg:**

Ich bin auch damit einverstanden, dass die vom Abrechnungsdienstleister des Bayerischen Hausärzterverbandes an die AOK Bayern übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten (z. B. hausärztliche Behandlung und Diagnosen, Kosten) zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitäts- und Kostencontrolling ausgewertet und genutzt werden. Zur Korrektur eventueller Doppel- oder Fehlabrechnungen oder sachlich-rechtlicher Nichtigkeitsurteilungen können meine personenbezogenen Daten von der AOK Bayern an die HÄVG Rechenzentrum GmbH übermittelt werden. Die Übermittlung ist dabei auf diejenigen Daten beschränkt, die für den Prüfwert zwingend erforderlich sind.

**5. Abruf meines Teilnahmezustatus**  
Werde ich z. B. im Vertragsfall von einem anderen HZV-Arzt behandelt, bin ich damit einverstanden, dass dieser über den Abrechnungsdienstleister die Möglichkeit hat, meinen aktiven Teilnahmezustatus online über ein verschlüsseltes Verfahren abzurufen.

**Sind die Daten sicher?**  
Ja. Sämtliche Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht sowie die unmittelbar geltenden Bestimmungen der EU-DSGVO, die Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet. Darüber hinaus sind weitere Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit vertraglich vereinbart. Alle vertraglichen Regelungen sind vom Datenschutzbeauftragten der AOK Bayern überprüft.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:**

Mit Ihrer Unterschrift auf dem „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ bestätigen Sie, dass Sie diese Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz erhalten haben und dass Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß dem oben erläuterten Vorgehen einwilligen.


Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) aufgrund Ihrer freiwilligen Einwilligung verarbeitet.

Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nicht möglich. Alle anderen Leistungen der AOK Bayern erhalten Sie wie bisher.

Ihre Einwilligung können Sie ohne nachteilige Folgen – mit Ausnahme der dann nicht mehr möglichen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihnen ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Ihr Widerrufsrecht können Sie schriftlich gegenüber der AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der AOK Bayern oder unter [aok.de/bayern/widerruf](http://aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München (Tel. 089 22844056). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. an [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de).

  
**AOK Bayern –  
Die Gesundheitskasse**  
[www.aok.de/bayern](http://www.aok.de/bayern)


Seite 3/3

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

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Kostenträgerkennung \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_ Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

  
**Vertragskennzeichen**  
 99773

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

MUSTER

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Datenschutzinformation 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 sind mir bekannt. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Teilnahmebedingungen aus der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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.

**Unterschrift Versicherter**

**Vertragsarztstempel**

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die zuständige AOK-Direktion senden.

Datum / Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters\*