

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK PLUS zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen (HzV-THR)

Versand an:  
AOK PLUS  
Belegverarbeitung  
09099 Chemnitz



V16B

Exemplar für die AOK PLUS

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

- Ersteinschreibung**  
 **Hausarztwechsel wegen**  
 Ablauf von 12 Monaten  Umzug Versicherter/Arzt  Beendigung Teilnahme Arzt  Arzt-Patienten-Verhältnis gestört

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag „HzV-THR“ auf der Grundlage der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V. Weiterhin erkläre ich, dass ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen behandelnden und betreuenden Hausarzt im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem Vertrag „Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen“ („HzV-THR“) informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass die in der Satzung der AOK PLUS i. V. m. diesem Vertrag geregelten besonderen Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Satzung enthaltenen sowie in den Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Insbesondere verpflichte ich mich aufgrund der Satzung, zuerst den von mir gewählten Hausarzt zu konsultieren und andere Fachärzte vorbehaltlich umseitig genannter Ausnahmen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des Vertrages „HzV-THR“ in Anspruch nehme.

## II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck und im Rahmen des Vertrages „HzV-THR“ umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteile. Ich willige deshalb in die umseitig unter Pkt. II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag „HzV-THR“ ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

**zu I.:** Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an dem Vertrag „HzV-THR“ nach § 73b SGB V teilnehmen und habe die Patienteninformation diesbezüglich erhalten und verstanden. Ich bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

**zu II.:** Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag „HzV-THR“ nach § 73b SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

## Bestätigung des Hausarztes (vom teilnehmenden Hausarzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „HzV-THR“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel Hausarzt

## **I. Erläuterung zur Teilnahmeerklärung (TE):**

Mit meiner Entscheidung am Vertrag „HzV-THR“ nach § 73b SGB V teilzunehmen, wird mir die hausärztliche Versorgung gemäß § 73b SGB V innerhalb der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V angeboten. Ich erhalte meine Behandlung vom teilnehmenden Hausarzt, der seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) abrechnet.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. Voraussetzung für meine Teilnahme an dem Vertrag „HzV-THR“ eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 18. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) gemäß Punkt 7 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an dem Vertrag in Anspruch nehme, gilt und meine freie Arztwahl nach § 76 SGB V nach den Maßgaben dieses Vertrages einschränkt, da ich hiermit den unterzeichnenden Hausarzt als meinen HAUSARZT für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate an diesem Vertrag teilnehme.
3. ich nicht gleichzeitig an einem anderen Vertrag nach § 73b SGB V teilnehmen kann, da sonst die Ziele dieses Vertrages nicht erreicht werden können.
4. der Vertrag „HzV-THR“ eine besondere Versorgungsstruktur darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages „HzV-THR“ innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung anbietet und durchführt.
5. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. den vertraglichen Bestimmungen der „HzV-THR“, den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie dieser TE/EWE ergeben.
6. die medizinische Verantwortung dem behandelnden HAUSARZT obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des Vertrages mir gegenüber weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
7. ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an dem Vertrag nach § 73b SGB V informiert werde.
8. ich den gewählten HAUSARZT nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln darf.
9. ich meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme (12 Monate) kündigen kann und dass die Kündigung spätestens einen Monat vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, zu erfolgen hat. Ein Arzt-Wechsel verlängert die Bindungsfrist nicht
10. meine Teilnahme durch die AOK PLUS bei meiner wiederholten Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten beendet werden kann und meine erneute Teilnahme nach einer Beendigung durch die AOK PLUS erst nach Ablauf eines Jahres wieder möglich ist.
11. meine Teilnahme im Übrigen endet:
  - mit dem Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III.
  - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
  - mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen.
  - mit dem Ende der Teilnahme des gewählten HAUSARZTES, sofern ich keinen anderen am Vertrag teilnehmenden HAUSARZT wähle.
  - bei einem dauerhaften Wechsel zu einem Hausarzt, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt unter Beachtung der Kündigungsfristen nach Punkt 9.
  - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der TE/EWE erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
  - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
  - mit dem Ende des Vertrages „HzV-THR“.
12. meine Patientendaten in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch die Vertragspartner (AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen – KVT) verwendet werden können.

Mit der umseitig abgegebenen Unterschrift verpflichte ich mich insbesondere,

1. den vom gewählten HAUSARZT vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen.
2. zuerst den von mir gewählten Hausarzt für die Behandlung meiner Erkrankung aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch diesen Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während eigener räumlicher Abwesenheit, die das Aufsuchen beim von mir gewählten Hausarzt unzumutbar macht, im Notfall und bei Inanspruchnahme von frauen- und augenärztlichen Leistungen. Im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Fortbildung oder Krankheit des gewählten Hausarztes) bin ich dazu verpflichtet, ausschließlich den mir benannten vertretenden Hausarzt aufzusuchen.

## **II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag „HzV-THR“:**

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Vertrages „HzV-THR“ ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Meine Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten und einschreibenden Hausarzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung alle auf der TE/EWE enthaltenen personenbezogenen Daten.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. meine Daten und Patientenunterlagen bei einem Wechsel meines bisherigen Hausarztes an den neu gewählten Hausarzt übersendet werden.
4. die an dem Vertrag „HzV-THR“ beteiligten Leistungserbringer, die für meine Behandlung relevanten ambulanten ärztlichen und klinischen Informationen zum Zwecke der gemeinsamen Dokumentation und der weiteren Behandlung nach den Maßgaben des Vertrages austauschen dürfen.
5. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs.1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
6. mein gewählter Hausarzt bei Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erhebt und diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen darf, zu dem sie übermittelt worden sind.
7. die KVT von der AOK PLUS meine personenbezogenen Daten im Rahmen eines Versichertenverzeichnisses wie folgt erhält: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ und Beginn der Teilnahme am Vertrag, ggf. Ende der Teilnahme am Vertrag sowie gewählter Hausarzt.
8. der Hausarzt gegenüber der KVT abrechnet und somit die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
9. die AOK PLUS meine Daten nutzt, um mich über Änderungen, Ergänzungen und Zusatzvereinbarungen ("Module") zur Hausarztzentrierten Versorgung sowie weitere Service- und Leistungsangebote der AOK PLUS im Zusammenhang mit der Teilnahme, insbesondere einem indikationsbezogenen Versorgungsmanagement, informieren und beraten zu können, auch telefonisch oder per E-Mail.
10. die erhobenen und gespeicherten Daten nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
11. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem „HzV-THR“ erhobenen Daten gegebenenfalls in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

**Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS ist die Beendigung der Teilnahme am Vertrag „HzV-THR“ verbunden ist. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte). Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail ([Datenschutz@plus.aok.de](mailto:Datenschutz@plus.aok.de)).

**III. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung gemäß I.:**

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

# **Patienteninformation**

## **zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen (HzV-THR)**

Liebe Patientin, lieber Patient,

die hausärztliche Versorgung stellt einen unverzichtbaren Bestandteil des Deutschen Gesundheitssystems dar. Aus diesem Grund hat die AOK PLUS einen „Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung“ in Thüringen (HzV-THR) abgeschlossen, an dem auch Ihr Hausarzt teilnimmt.

Durch Ihre Wahl eines behandelnden und betreuenden Hausarztes hat dieser die Möglichkeit, die ärztlichen und verordneten bzw. veranlassten Leistungen zu koordinieren und zu steuern. Die Patientenbetreuung wird intensiviert und Sie sind, bei dem von Ihnen gewählten Hausarzt, gut aufgehoben.

Die Teilnahme an der HzV-THR ist freiwillig und für Sie nicht mit Zusatzkosten verbunden. Unberührt von diesem Vertrag sind die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen. Die Nichtteilnahme ist mit keinerlei Einschränkungen Ihrer Leistungsansprüche im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes verbunden.

Mit der Teilnahme an diesem Vertrag erklären Sie sich bereit, ambulante fachärztliche Leistungen grundsätzlich nur auf Überweisung des von Ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ihr Hausarzt wird den Behandlungsablauf für Sie koordinieren und Sie in Notfällen bei der Terminbeschaffung zum Facharzt unterstützen. Gleiches gilt für die Behandlung im Krankenhaus. Natürlich ist eine direkte Inanspruchnahme des Krankenhauses bei Notfällen möglich.

Mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung binden Sie sich ab Teilnahmebeginn für mindestens ein Jahr (12 Monate) an den von Ihnen gewählten Hausarzt. Zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres ist eine Kündigung der Teilnahme, mit einer Frist von einem Monat vor Ablauf des ersten Teilnahmejahres bzw. später zum Ende des Quartals, möglich.

Die AOK PLUS kann Ihre Teilnahme beenden, sofern Sie wiederholt die vertraglichen Bedingungen und Verpflichtungen nicht einhalten. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie Ihre HzV-Teilnahme bei mehreren Hausärzten erklären oder wiederholt Fachärzte ohne Überweisung in Anspruch nehmen. Ausnahmefälle sind hier die Behandlungen durch Frauen- und Augenärzte.

Die Einzelheiten und Ausnahmeregelungen der Teilnahmebedingungen sind in den Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausführlich beschrieben. Bitte beachten Sie diese.

### ***Welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie an der HzV-THR teilnehmen?***

Das zentrale Element der HzV-THR ist die Koordination Ihrer Behandlung durch den Hausarzt. Durch die Wahl eines behandelnden und betreuenden Hausarztes erfolgt Ihre Betreuung aus einer Hand. Ihr Hausarzt kennt Sie und Ihre Erkrankungen. Er leitet alle notwendigen Maßnahmen ein und ist über alle Befunde und die verordneten Arzneimittel informiert. Damit können Doppeluntersuchungen vermieden werden und Ihre Arzneimitteltherapie ist optimal aufeinander abgestimmt. Weiterhin hat sich Ihr behandelnder Hausarzt zu besonderen Serviceleistungen verpflichtet, die Ihre Behandlung erleichtern sollen.

### ***Inbesondere ist der Hausarzt verpflichtet:***

- Sie bei der Einschreibung in den HzV-THR zu unterstützen und die unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die AOK PLUS weiterzuleiten.
- Sie konsequent nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten, wissenschaftlich anerkannten, praxiserprobten Leitlinien zu behandeln.
- Ihnen in akuten Situationen Facharzttermine bzw. Krankenhaustermine zu vermitteln, wenn Sie dies wünschen.
- Für die Diagnostik und Therapie relevante, vorliegende Befunde im Rahmen von Überweisungen zu erheben, zu dokumentieren und zu übermitteln.
- Hausbesuche durchzuführen, um Ihnen Krankenhausaufenthalte zu ersparen.
- Einmal jährlich zu überprüfen, welche Impfungen für Sie empfohlen werden.
- Sie über Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu beraten.
- Ihre Terminwünsche aufgrund Ihrer Berufstätigkeit, wenn möglich, zu berücksichtigen.
- Einen persönlichen Medikationsplan für Sie zu erstellen, sofern Sie an einer chronischen Erkrankung leiden.

### **Welchen Nutzen bringt für Sie die Teilnahme an der HzV-THR, wenn Sie bereits an einem DMP teilnehmen?**

Die Teilnahme an einem DMP sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende Betreuung für diese Erkrankung. Dennoch ergibt sich ggf., über das DMP hinaus, weiterer abzustimmender Behandlungs- und Betreuungsbedarf hinsichtlich evtl. weiterer Erkrankungen. Diese Betreuung sichert Ihnen eine abgestimmte Arzneimitteltherapie, da Ihr Hausarzt zu jeder Zeit auch über die Arzneimittel informiert ist, die Ihnen von mitbehandelnden Ärzten verordnet wurden. Er schaut welche Vorsorgemaßnahmen für Sie wichtig sind und unterstützt Sie bei der Facharztsuche. Darüber hinaus sollen durch die koordinierte Therapie für Sie belastende Doppeluntersuchungen vermieden werden.

### **Kann Ihr Hausarzt Sie bei der HzV-THR betreuen?**

Ja! Ihr derzeit betreuender Hausarzt hat Ihnen diese Unterlagen ausgehändigt und nimmt somit an der HzV-THR teil. Daher können Sie sich auch weiterhin von Ihrem bisherigen Hausarzt betreuen lassen.

### **Was ist, wenn Ihr Hausarzt nicht mehr an der HzV-THR teilnimmt?**

In diesem Fall endet Ihre Teilnahme zum gleichen Zeitpunkt, an dem Ihr Hausarzt die Teilnahme beendet. Sie können sich natürlich weiterhin bei Ihrem bisherigen Hausarzt behandeln lassen.

Möchten Sie weiterhin die Vorteile der HzV-THR nutzen, ist es notwendig, dass Sie einen neuen Hausarzt wählen, der an der HzV-THR teilnimmt. Die AOK PLUS unterstützt sie gern bei der Suche nach einem geeigneten Arzt in Wohnortnähe (Service-Tel. 0800 1059000\*). Bei dem neu gewählten Hausarzt füllen Sie nur eine neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung aus. Ansonsten wird Ihr neu gewählter Hausarzt wie im Falle eines Arztwechsels tätig.

### **Wann können Sie Ihren Hausarzt wechseln?**

Mit Teilnahmebeginn sowie nach einem Hausarztwechsel binden Sie sich jeweils für mindestens ein Jahr (12 Monate) an den gewählten Hausarzt. Ein Wechsel des Hausarztes ist frühestens ein Jahr nach Teilnahmebeginn bzw. nach einem vorangegangenen Hausarztwechsel möglich. Nach Ablauf des Jahres ist ein Hausarztwechsel jederzeit möglich. Für den Wechsel Ihres Hausarztes ist unverzüglich eine Erklärung oder schriftliche Mitteilung an die AOK PLUS erforderlich.

In folgenden besonderen Fällen können Sie auch vor Ablauf des Jahres Ihren Hausarzt wechseln bzw. außerordentlich Ihre Teilnahme an der HzV-THR kündigen:

- Ihr bisheriger Hausarzt nimmt nicht mehr an der HzV-THR teil.
- Ihr bisheriger Hausarzt zieht um und die Entfernung ist für Sie nicht mehr zumutbar.
- Sie ziehen selbst um und die Entfernung zum bisherigen Hausarzt ist nicht mehr zumutbar.
- Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist gestört.

Sollten Sie sich aus den genannten Gründen einen neuen Hausarzt suchen und nimmt dieser ebenfalls an der HzV-THR teil, brauchen Sie bei Ihrem neu gewählten Hausarzt nur noch einmal die Teilnahme- und Einwilligungserklärung auszufüllen und ihn über den bisherigen betreuenden Hausarzt informieren. Um alles andere kümmert sich dann Ihr neuer Hausarzt: Er informiert Ihren bisherigen Hausarzt über Ihren Arztwechsel und fordert die Patientenunterlagen an.

### **Was ist, wenn Ihr neu gewählter Hausarzt nicht an der HzV-THR teilnimmt?**

In diesem Fall endet Ihre Teilnahme an der HzV-THR spätestens zum Zeitpunkt des Wechsels des Hausarztes.

### **Wie können Sie die AOK PLUS über Ihren Hausarztwechsel oder Ihre Kündigung informieren?**

Sie können sich an Ihre Filiale wenden, an das Servicetelefon der AOK PLUS unter der Rufnummer 0800 1059000\* oder schriftlich an AOK PLUS, 01058 Dresden.

### **Haben Sie weitere Fragen?**

Wir stehen Ihnen in der AOK PLUS Filiale Ihrer Nähe gern zur Verfügung. Auch können Sie uns jederzeit über das Servicetelefon unter 0800 1059000\* erreichen.

Ihre

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

\* deutschlandweit kostenfrei, und das rund um die Uhr aus allen Netzen