

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



## Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:  
**AOK Baden-Württemberg**  
**Integrierte Versorgung Pflegeheim**  
**70120 Stuttgart**

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung:

---

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

**Ja**, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Unterschrift des HZV-Arztes

Stempel

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



## Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:  
**AOK Baden-Württemberg**  
**Integrierte Versorgung Pflegeheim**  
**70120 Stuttgart**

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung:

---

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

**Ja**, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Unterschrift des HZV-Arztes

Stempel

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



## Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:  
**AOK Baden-Württemberg**  
**Integrierte Versorgung Pflegeheim**  
**70120 Stuttgart**

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung:

---

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

**Ja**, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des HZV-Arztes

Stempel

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



## Teilnahmeerklärung Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)

Bitte schicken Sie das Original an:  
**AOK Baden-Württemberg**  
**Integrierte Versorgung Pflegeheim**  
**70120 Stuttgart**

IVP

IK-Nr. der Pflegeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Pflegeeinrichtung:

---

### Hiermit erkläre ich, dass

- ich an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- der unterzeichnende HZV-Arzt mein persönlich gewählter Hausarzt ist.
- ich in einer an der IVP teilnehmenden Pflegeeinrichtung wohne.
- ich ausführlich und umfassend über die IVP informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen ausführlich beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich soweit es mir möglich ist, aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von einem** Kalendermonat auf das jeweilige Quartalsende ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der IVP schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
- mit Zugang der Kündigung bei der AOK BW der Austritt aus der IVP zum nächstmöglichen Quartal verbunden ist.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da dadurch ggf. die Teilnahme an der IVP nicht mehr möglich ist.

### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der IVP freiwillig ist.
- Voraussetzung für die Teilnahme an der IVP die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist. Sollte ich bereits bei einem HZV-Arzt eingeschrieben sein, der nicht im Versorgungsnetz für meine Pflegeeinrichtung tätig ist, ist eine Teilnahme an der IVP an einen HZV-Arztwechsel geknüpft.**
- falls ich mich gegen die IVP entscheide, ich wie bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibe.
- ich bei Nichteinhaltung der IVP-Teilnahmebedingungen aus der IVP ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft, mit der Beendigung der HZV-Teilnahme bzw. mit Beendigung der Teilnahme meiner Pflegeeinrichtung an der IVP mein Ausschluss aus der IVP erfolgt.

**Ja**, ich möchte an der Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) teilnehmen.

**Ja**, ich bin mit den im „Merkblatt Integrierte Versorgung Pflegeheim für Versicherte des HausarztProgramms der AOK Baden-Württemberg“ beschriebenen Aktivitäten und der Datenerhebung, -verarbeitung u. -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der IVP einverstanden.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an der IVP nicht möglich.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / bevollmächtigten Vertreters / Betreuers

Bestätigung durch gewählten HZV-Arzt

Unterschrift des HZV-Arztes

Stempel