

BARMER			
Name, Vorname des Versicherten			
			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

**Per Telefax an:
01805 / 36 51 11 11**

Erklärung zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheker – zwischen BARMER, Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft eG und Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker.

- Ersteinschreibung
 Arztwechsel



Ja, ich nehme an der Integrierten Versorgung durch Hausärzte, Hausapotheke und BARMER teil. Folgendes ist mir bekannt:

- Die Auswahl eines Hausarztes und einer Hausapotheke ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung.
- Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Den Facharzt nehme ich nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch. Diese Regelung gilt nicht im Vertretungsfall, während meiner urlaubsbedingten Abwesenheit und für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte kann ich weiterhin direkt aufsuchen.
- Alle mir verordneten Medikamente sowie jene der Selbstmedikation beziehe ich grundsätzlich in der von mir gewählten Hausapotheke. Die Einschreibung in die Integrierte Versorgung beinhaltet zugleich die Einschreibung in den BARMER Service Apotheken-Vertrag. Dies ermöglicht mir, die daraus entstehenden Vorteile zu nutzen.
- Mein betreuender Hausarzt bzw. meine Krankenkasse hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheker informiert. Halte ich meine sich aus dem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht ein, kann die Krankenkasse meine Teilnahme beenden.
- Meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Ich bestätige sie mit diesem Schreiben für mindestens ein Jahr. Ich kann meine Teilnahme schriftlich bei meiner Krankenkasse spätestens drei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres zurücknehmen.
- Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zu Hausarzt bzw. Hausapotheker kann ich letztere wechseln.

Unterschrift des Versicherten

Datum	Stempel Arzt/Gemeinschaftspraxis
T T M M J J J J	
Name und Vorname des behandelnden Arztes in Druckbuchstaben	
Unterschrift des behandelnden Arztes	