

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



Berufsverband der Frauenärzte e.V.



BDL e.V.  
Berufsverband Deutscher Laborärzte



### **Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten**

Für die besondere Versorgung von Schwangeren durch die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Vertrag § 140a SGB V „Hallo Baby“

\_\_\_\_\_  
(aufklärender Arzt)

## **Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Für den Arzt: postalische Übersendung  
BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern  
Programm „Hallo Baby“  
Züricher Str. 25  
81476 München

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig ist und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Ich verpflichte mich für die Dauer meiner Teilnahme - bis zum Ende der Schwangerschaft - ausschließlich meinen gewählten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen.

Ein Arztwechsel ist nur aus wichtigem Grund möglich (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Der Arztwechsel ist dabei meiner Betriebskrankenkasse schriftlich anzuzeigen.

Die Teilnahme an dem Vertrag „Hallo Baby“ kann nur bei einem teilnehmenden Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen.

**Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag kann ich innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse widerrufen. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.**

Die Teilnahme kann durch die Betriebskrankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (z.B. Verstoß gegen die Arztbindung) durch meine Krankenkasse außerordentlich beendet werden.

Ihre Teilnahme an dem Vertrag kann außerdem beendet werden:

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Betriebskrankenkasse
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrunde liegenden Vertrages
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag
- mit Ende der Teilnahme des betreuenden Frauenarztes.

### **Einverständniserklärung**

Ich bin über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über meine Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünsche eine Teilnahme.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden.

Ich erkläre, dass ich bei der angegebenen Betriebskrankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile und bei Änderung des Versichertenverhältnisses meinen behandelnden Arzt informiere.

Neueinschreibung  Wechsel der Krankenkasse:  zum: ..... Kasse:.....

**Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte