

- der Hausärzteverband befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzteverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.
- ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

VII. Datenverarbeitung

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzteverband sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§4 Abs. 4) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages und **Anlage 3**). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln beauftragt;
- Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befugt und verpflichtet, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der HAUSARZT-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.
- Die Krankenkasse informiert meine HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzerklärung zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale**
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,4 % erhöhten Verwaltungskostensatz**
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.**

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TTMMJJJJ)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Angaben gemäß „Persönliche Daten“

Nachname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vorname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

LANR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es Ihrer **Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HzV-Verträgen ist **nicht möglich**.

Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HzV-Verträgen möglich:

| AOK Bayern | BKK | EK Bayern (ohne TK) | Bosch BKK | SVLFG (LKK) | TK |
|------------|-----|------------------------|-----------|-------------|----|
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Die Teilnahme für angestellte Ärzte am **HzV-Vertrag** mit der **IKK classic** ist leider **nicht** möglich.

| | |
|---|---------------------------|
| Persönliche Angaben des angestellten Arztes | |
| Nachname | Vorname |
| LANR | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Privatanschrift: Straße & Hausnummer | |
| PLZ | Ort |
| Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HzV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich) | |
| Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig | |
| BSNR: | |
| und bin nicht nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als Sicherstellungsassistent/in angestellt. | |
| Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft | |
| Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband. | |
| Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme. | |
| Unterschrift | Datum (TT.MM.JJJJ) |

Meldeformular Vertragssoftware



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Stammdaten Arzt

| | | |
|----------|------|---------|
| HÄVG-ID | LANR | BSNR |
| Nachname | | Vorname |

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

| Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |
|---|----------------------------|
| Abasoft GmbH | EVA |
| ABOMED GmbH | ABOMED |
| Apris Praxiscomputer GmbH | Apris |
| Äskulap | Äskulap |
| CoKom One GmbH | Praxis4More |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | ALBIS |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | COMPUMED M1 |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | DATA VITAL |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | MEDISTAR |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | TURBOMED |
| CROSSSOFT. GmbH | PRO X HZV |
| Data-AL GmbH | Data-AL |
| Dr. Steinbrecher, - Softwareentwicklung - Dr.Eissing und Partner | RST-MED Win MEDICUSplus |
| Duria eG | DURIA Classic |
| Examion GmbH | medibit |
| Frey ADV GmbH | QUINCY WIN |
| INDAMED GmbH | MEDICAL OFFICE |
| InterData Praxiscomputer GmbH | InterARZT |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.comfort (medatixx) |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.concept (medatixx) |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.isynet |
| MediSoftware | PRAXISPROGRAMM |
| MEDIVERBUND AG | DOC.STAR |
| MEDYS GmbH | MEDYS |
| Neutz GmbH Systemhaus | Pro_Medico |
| PEGA Elektronik GmbH | PegaMed |
| Pharmatechnik GmbH & Co. KG | medi10 |
| PRO MEDISOFT AG | PROFIMED |
| promedico | easymed |
| RS Datentechnik GmbH | PRISMA-HZV |
| S3 Praxiscomputer | S3- Win |
| T2med GmbH & Co KG | T2med |
| Schmidt Computersysteme | ARZT2000 |
| Schwerdtner Medizin-Software GmbH | Q-MED |
| Softland GmbH | E.L. |
| zollsoft GmbH | Tomedo |
| Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)