




**Teilnahmeerklärung HAUSARZT**  
**zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Bayern („SVLFG“) (HZV-Vertrag)**

**Bitte beachten Sie:** Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.

**Zu richten an:**  
**HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG**  
 Abt. Vertragsdatenmanagement  
 Edmund-Rumpler-Straße 2  
 51149 Köln

Oder einfach per Fax  
**01805- 00 24 25 424**  
 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Frau Herr

Titel  Vorname\*  Nachname\*

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)  LANR\*  HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis IV.) sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden (wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben vorliegen!)

BSNR  Gültig ab (TTMMJJJJ)

Einzelpraxis  BAG  MVZ

Straße & Hausnummer  Telefon

PLZ  Ort  Telefax

E-Mail

Mobil

- Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertragssoftware bereits vorhanden
- Ich versichere hiermit, dass die Kündigung des LKK-Hausarztvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern fristgerecht (sechs Wochen zum Quartalsende) erfolgt ist.
- Ich versichere hiermit, dass alle hausärztlichen Mitglieder meiner BAG an diesem HzV-Vertrag teilnehmen.
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
- Apparative Mindestausstattung gem. § 3 Abs. 3c).

**Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen\*:**

<b>Sonografie Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Doppler-sonografische Druckmessung</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Hautkrebsscreening</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Psychosomatik</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Hausärztlich Geriatisches Basisassessment</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Elektrotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Langzeit-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft





## 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.

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