

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (HZV-Vertrag)</p> <p>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.</p>	 Hausärztinnen- und Hausärzteverband  Hausärztinnen- und Hausärzteverband Rheinland-Platz  Hausarzt Zentrierte Versorgung
<p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>	

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Titel <input type="text"/>	Vorname* <input type="text"/>	Nachname* <input type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/>	LANR* <input type="text"/>	HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>		

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!)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR <input type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

- Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertragssoftware bereits vorhanden
- Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 f)
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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

Akupunktur	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Allergologie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Behandlung diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Chirotherapie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR
_____	_____	_____
Titel	Nachname	Vorname
_____	_____	_____

Hiermit bestätige ich...

... das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

durch mich Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

durch die VERAH Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Vorname Nachname

... das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (arriba Module: Modul PPI für Einzelleistungen, Modul orale Antikoagulation, Modul kardiovaskuläre Prävention, Modul Depression, Modul Diabetes mellitus Typ II)

... das Vorliegen folgender Infrastrukturmerkmale*:

Qualitätssiegel nachhaltige Praxis Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Bereitstellung online buchbarer Termine Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

Teilnahme am VorsorgePlaner +
Elektronische Kommunikation per KIM Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

KIM-Adresse

Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

Einsatz des Impfmanagement-Systems
(PVS-Modul) Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

* Die Voraussetzungen zur Erteilung der Selbstauskunft finden Sie auf Seite 2 dieses Formulars.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich) Stempel der Arztpraxis



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

*** Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 erfüllt sind:**

- Zu „Qualitätssiegel nachhaltige Praxis“: Vorhalten eines gültigen Qualitätssiegels Nachhaltige Praxis e. V. durch das Aqua-Institut.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Bereitstellung einer relevanten Anzahl von online buchbaren Terminen je Monat durch einen dieser Provider: Abasoft Meditech, Arzt-direkt (Tomedo), www.avimedical.com, Betty24, Black.t, Bookingtime, Duria Black.t-cms, CGM life eServices, Click Doc, Click Doc Pro, cituro, docCIRRUS, doctena, DGN Doc Visit, Doctolib, Doctorflex, Doconline, Doconline.hausarztpraxis, euerdorf.de, 321 med, Dr. Flex, Dubidoc, eTermio, eTermin, eTermin.net, eTerminservice, Go2doc, Jameda, Jenos, Joomla-la, Easy Appointment von Ionut Lupu, Medatixx x.webtermin, Medatixx x.concept, inkl. x.webtermin, Medatixx x.termin, inkl. x.webtermin, Medatixx x.isynet, inkl. x.webtermin, Medisoftware, S3 Docvisit, Medorganizer, multiTermin, Samedy, SuperSaas, T2med, Termin-Modul der PraxisApp „Meine hausärztliche Praxis“ (www.monks-aerzte-im-netz.de/portale/meine-hausaerztliche-praxis/), Terminiko/Terminico, Terminland, TerMed, Timer Bee, Time control Medxso, Truecontrol, Timecontrol app, Web4business. Sollte Ihr Anbieter nicht dabei sein, geben Sie diesen bitte an. Wir prüfen, ob er die Kriterien erfüllt.
- Zu „Teilnahme am Vorsorgeplaner + Elektronische Kommunikation per KIM“: Mit der Angabe verpflichtet sich der HAUSARZT, Patienten, die einen Rückrufwunsch zu einem Vorsorge- oder Impftermin dokumentieren, innerhalb von zwei Arbeitstagen maximal zweimal anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Die Liste mit den Rückrufwünschen erreicht die Praxen über das reguläre KIM-Postfach des PVS. Zusätzlich erklärt der HAUSARZT mit der Angabe dieses Punktes, Arztbriefe und andere Dokumente im digitalen Format über die KIM-Schnittstelle der TI mit anderen Leistungserbringern auszutauschen.
- Zu „Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein PVS-Modul zur AMTS vor. In diesem werden alle Arzneimittelverordnungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen. Bei jeder Änderung und/oder Neuverordnung eines Arzneimittels wird automatisiert auf die Risiken der Arzneimittelverordnung geprüft. Dem HAUSARZT wird dann im PVS angezeigt, dass ein Risiko im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit vorliegen könnte. Das AMTS-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Interaktions-Check, Prüfung auf Doppelmedikation, eine Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen (PIM) bspw. PRISCUS-Liste. Zugelassene Provider: AM/2, Data-AL, Duria2, ifap praxisCENTER premium, Medatixx ABDAméd², Medatixx x.concept inkl. ABDAméd², edatixx x.comfort inkl. ABDAméd², Medatixx x.isynet inkl. ABDAméd², Medical Office Indamed, MEDICUSplus, MMI-AMTS-Service, S3-Win, T2med, Therafox, THERAFOX PRO, Tomedo, travel doc pro. Sollte Ihr Anbieter nicht dabei sein, geben Sie diesen bitte an. Wir prüfen, ob er die Kriterien erfüllt.
- Zu „Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein digital gestütztes Impfmanagementsystem vor. In diesem werden Impfungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen, sofern technisch möglich und das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt. Das Impfmanagement-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Überprüfung des Impfstatus nach STIKO-Indikationen, automatische Erstellung von Impfplänen, integriertes Patienteninformationssystem (Merkblätter, Atteste, Aufklärung), Integration aller marktgängigen Impfstoffe sowie Lagerhaltung und Rezeptschreibung. Zugelassene Provider: apris ImpfDocNE, apw praxissoftware ImpfDocNE, arkandus ImpfDocNE, CGM ALBIS ImpfDocNE, CGM M1 PRO ImpfDocNE, CGM MEDISTAR ImpfDocNE, CGM TURBOMED ImpfDocNE, Data-AL ImpfDocNE, DocCIRRUS ImpfDocNE, doctorly ImpfDocNE, Duria ImpfDoc, duria ImpfDocNE, Elagore langzeit Impfmodul, e-medico ImpfDocNE, EVA ImpfDocNE, ImpfDoc Data, ImpfDoc EL, ImpfDocNE, InterData ImpfDocNE, M1 ImpfDoc, Medatixx x.concept, inkl. x.impfen, Medatixx x.impfen, medi10 ImpfDocNE, Medical Office ImpfDocNE, MEDICUSplus ImpfDocNE, medisoftware ImpfDocNE, Medistar Impfdoc, Praxis4More ImpfDocNE, principa ImpfDocNE, PRO_Medico ImpfDocNE, PROFIMED ImpfDocNE, Quincy, QUINCY ImpfDocNE, RED ImpfDocNE, S3 Impfmodul, Smarty ImpfDocNE, T2med Impfdoc, T2med ImpfDocNE, Tomedo ImpfDoc, tomedo ImpfDocNE, WKB Impfmodul, WKB Impfplaner. Sollte Ihr Anbieter nicht dabei sein, geben Sie diesen bitte an. Wir prüfen, ob er die Kriterien erfüllt.