



<p>Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Bayern (HzV-Vertrag AOK Bayern)</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) oder im Angestelltenverhältnis in einer Praxis muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ bzw. vom Arbeitgeber unterzeichnet werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich – soweit nicht anders benannt - auf den HzV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: center;">   </div> <p>Per Fax an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (nachfolgend: HÄVG) für den Bayerischen Hausärzterverband (nachfolgend: BHÄV)</p> <p>01805 - 00 24 25 552</p> <p>(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
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"/>	
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HzV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift und Betriebsstätte 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 zu Ihren Stammdaten vorliegen!)	
Praxisanschrift / Betriebsstätte	
BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>	
PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/> Mobil <input type="text"/>	
Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 5 des HzV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, ggf. hinreichende apparative Ausstattung zur Behandlung und Vorsorge von Kindern unter 15 Jahren, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät).	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware vorhanden (vgl. § 5 Abs. 1f)	
<input type="checkbox"/> Gewährleistung eines behindertengerechten Zugangs zur Praxis bzw. einer Versorgung von Behinderten durch die Praxis (vgl. § 5 Abs. 1e)	
<input type="checkbox"/> Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik durch mich (vgl. § 5 Abs. 1c)	
<input type="checkbox"/> Fortbildung geriatrisches Assessment durch mich; nicht erforderlich bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten (vgl. § 5 Abs. 1c)	
<input type="checkbox"/> Bestätigung/Genehmigung der KVB über die bestehenden Registrierungen an allen <u>hausärztlich relevanten DMP</u> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma, (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).	
<p>Mir ist bekannt, dass alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 Abs. 1 grundsätzlich bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung erfüllt sein müssen. Für die Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik und die Fortbildung geriatrisches Assessment gelten Übergangsfristen von 12 Monaten ab Erhalt der Teilnahmebestätigung. Während der Teilnahme sind alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 insbesondere eine aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma) zu erfüllen (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).</p>	
Ergänzende Angaben des Hausarztes – Qualifikation bzw. entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3):	
Akupunktur (30790, 30791)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (0005D)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Chirotherapie (30201)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-EKG (03322)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Abdominelle Sonografie (33042)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Schilddrüse (33012)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
CW-Doppler-Verfahren hirnersorg./ extremitätenversorg. Gefäße (EBM 33060/ 33061)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebscreening (01745 / 01746)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten liegt vor <input type="checkbox"/> (VERAH gem. Anhang 3 zu Anlage 3 gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	

