

Teilnahmeerklärung Hausarzt
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung
gemäß
§ 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Hessen
(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; bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Arzt unterschrieben werden)
Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**



Hausärztinnen- und
Hausärzterverband
Hessen



hessenmed

Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Abt. Vertragsdatenmanagement
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Oder einfach per Fax

01805- 00 24 25 558

(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Alternativ können Sie Ihre Teilnahme auch online unter folgendem Link <https://hausarztservice-online.de/vertraege/hessen/> beantragen.

I. Persönliche Daten (*Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

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 V.) 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

Gültig ab (TTMMJJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Mobil

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

- ☐ **Vertragssoftware** bereits vorhanden (Teilnahmevoraussetzung vom 01.04.2013 an, vgl. § 3 Abs. 2d)
☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
☐ Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, COPD, [Asthma]) (gemäß § 3 Abs. 3f) Teilnahmevoraussetzung ab 01.10.2013) (Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma)

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

Psychosomatik

☐ durch meine Person

☐ durch Kollegen aus BAG/MVZ

Sonografie Abdomen

☐ durch meine Person

☐ durch Kollegen aus BAG/MVZ

☐ in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse

☐ durch meine Person

☐ durch Kollegen aus BAG/MVZ

☐ in Gerätegemeinschaft

Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut

☐ durch meine Person

☐ durch Kollegen aus BAG/MVZ

☐ Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH, Anhang 4 zu Anlage 3) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)

* Mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.

