

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin vom 01.03.2010 (HZV-Vertrag)

**AOK**  **IKKBB**  Innungskrankenkasse  
Brandenburg und Berlin

 **HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

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

**01805- 00 24 25 421**  
(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max.  
EUR 0,42/Minute)

Frau Herr

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

[illegible]

| Geburtsdatum (TTMMJJJJ) |  |  |  |  |  |  | LANR |  |  |  |  |  |  |  |  |  | HÄVG-ID (falls vorhanden) |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
|                         |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

[illegible]

☐ 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) |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible][illegible]

| E-Mail | Mobil |
|--------|-------|
|        |       |

☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

☐ Vertragssoftware bereits vorhanden

☐ Teilnahme an den **DMP** (Diabetes Typ II und KHK) durch mich

☐ Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

|                                            |                                                        |                                                                |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Psychosomatik                              | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |
| Akupunktur*                                | <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            |
| Chirotherapie*                             | <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            |
| Langzeit-EKG*                              | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |
| Belastungs-EKG                             | <input checked="" type="checkbox"/> durch meine Person | <input checked="" type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ |
| Kleine Chirurgie                           | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |
| Langzeit-RR                                | <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            |
| Sonografie Abdomen*                        | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |
| Sonografie Schilddrüse*                    | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |
| Sonografie weiterer Organe oder Organteile | <input type="checkbox"/> durch meine Person            | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ            |

Stand: 01.07.2025

- der Hausärzterverband 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 Hausärzterverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.
- ich verpflichte 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,
- bei einem Ausscheiden der HÄVG als Erfüllungsgehilfe, die HÄVG nach Maßgabe von § 17 Abs. 5 ersetzt werden kann und der Hausärzterverband bis zu einem Vertragsbeitritt eines neuen Erfüllungsgehilfen die Aufgaben der HÄVG nach dem AOK/IKK-HZV-Vertrag selbst wahrnimmt,
- grundsätzlich bereit bin, alle in der HZV vereinbarten Ziele und Prozesse aktiv zu unterstützen.

## VII. Datenverarbeitung

Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages hat der Hausärzterverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, 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 die HÄVG 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 Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Institut für hausärztliche Fortbildung (IHf) e.V., GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH, weitere Informationen ggf. auch Werbung per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen der vorgenannten Gesellschaften jederzeit widersprechen bzw. über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

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

[illegible][illegible]

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