




**Teilnahmeerklärung HAUSARZT**  
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK NORDWEST in Schleswig-Holstein

**Bitte beachten Sie:** Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen, da der Patient nur von seinem Betreuungsarzt eingeschrieben werden kann. (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.

Hausarzt  
Zentrierte  
Versorgung

Hausärztinnen- und  
Hausärzterverband  
Schleswig-Holstein

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

Oder einfach per Fax  
**01805- 00 24 25 507**  
(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

**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 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  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)**

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

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

<b>Akupunktur</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Allergologie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Behandlung diabetischer Fuß</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Belastungs-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis</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>Hausärztlich Geriatisches Basisassessment</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Hautkrebscreening</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Kleine Chirurgie</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	



