

**HZV-Erklärung HAUSARZT**  
zum Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ mit  
der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland vom 01.07.2025



**Bitte beachten Sie:** Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene HZV-Erklärung einreichen, da der Patient nur von seinem Betreuarzt 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 bezeichnet, auf die Anlage 3a (Basisversorgung Chroniker) des Rahmenvertrags gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Zu richten an:

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

Oder einfach per Fax

**0180- 500 24 25 425**

(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\*:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 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 |
| Chirotherapie  | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| CW-Doppler-Verfahren hirnersorg. / 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 |
- in Gerätegemeinschaft



Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“

**Datenverarbeitung**

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband sowie von der jeweiligen Krankenkasse und deren Dienstleister ausschließlich zur Durchführung des Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“ und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet, wie in Anhang 4.2 des Versorgungsmoduls beschrieben. Der Hausärzterverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anhang 4.2 benannten Zwecken.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderlichen Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnisses sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur Abrechnung (Anhang 3 des Versorgungsmoduls).
- zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anhang 3 des Versorgungsmoduls 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, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“ 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 im Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ eingeschriebenen Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“
- Meine Informationsrechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO in der Anlage 3a (Basisversorgung Chroniker) des Rahmenvertrags gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 2,0 % erhöhten Verwaltungskostensatz

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.

**Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt**  
(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;  
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

**Datum (TTMMJJJJ)**

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

**Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG**

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

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

**Angaben gemäß „Persönliche Daten“**

Nachname

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

LANR

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

Vorname

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

BSNR

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