

| | | | |
|--|--|---|--|
| Langzeit-RR | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Praxisgröße von min. 500 Scheinen | <input type="checkbox"/> | | |
| Proktoskopie/Rektoskopie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Psychosomatik | <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 | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Schilddrüse | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Uro-Genitalorgane | <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 | |
| Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich) | <input type="checkbox"/> | | |
| <p>* Mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.</p> | | | |
| IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers) | | | |
| Kontoführendes Institut | <input type="checkbox"/> | | |
| BIC | Kontoinhaber | <input type="checkbox"/> | |
| IBAN | <input type="checkbox"/> | | |
| V. Verwaltungskostenpauschale | | | |
| Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 Abs. 2). | | | |
| VI. Vertragsbedingungen | | | |
| Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass | | | |
| 1. HZV-Teilnahme | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 2); • mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können; • ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 4), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; • meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzteverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungsankündigung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer siehe oben); • die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide; • Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. | | | |
| 2. HZV-Abrechnung und Vergütung | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • mir der Hausärzteverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt; • sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt. • ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 12 Abs. 3); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist. • der Hausärzteverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 2 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; • die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 6 c; • Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des HZV-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzteverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des HZV-Ziffernkranzes bereits jetzt zu; | | | |
| 3. Teilnahmemangement | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • der Hausärzteverband meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • der Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 16 - 19 und 22. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; | | | |

- der Hausärzteverband 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 Hausärzteverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.
 - ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -. Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeverklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeverklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

VII. 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 Hausärzteverband sowie von der jeweiligen Krankenkasse und deren Dienstleister ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet, wie in Anlage 12 beschrieben. Der Hausärzteverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 12 benannten Zwecken.
 - Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (Zitat HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 15 und **Anlage 3**). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband 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 Datenerhebung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

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

Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz

Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband 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

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Figure 1. The effect of the number of nodes on the performance of the proposed algorithm.

Angaben gemäß „Persönliche Daten“

Angaben Nachname

Aufgaben

Vorname

LANR

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