

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BAHN-BKK (HZV-Vertrag)</p> <p>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.</p>	<div style="text-align: right;"> </div> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. HZV Operations Team: Fallmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 564 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>																														
I. Persönliche Daten (*Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)																															
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
Titel <input type="text"/> Vorname* <input type="text"/> Nachname* <input type="text"/>																															
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/> LANR* <input type="text"/> HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>																															
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>																															
<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>																															
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt																															
Straße & Hausnummer <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>																															
PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/>																															
E-Mail <input type="text"/> Mobil <input type="text"/>																															
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)																															
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 3 e)																															
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:																															
Akupunktur Allergologie Behandlung diabetischer Fuß Belastungs-EKG Chirotherapie CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis Elektrotherapie Hausärztlich Geriatisches Basisassessment Hautkrebsscreening Kleine Chirurgie Langzeit-EKG	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														

Langzeit-RR Praxisgröße von min. 500 Scheinen Proktoskopie/Rektoskopie Psychosomatik Sonografie Abdomen Sonografie Schilddrüse Sonografie Uro-Genitalorgane Sonografie weiterer Organe oder Organteile Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<p><i>* 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.</i></p>			
IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)			
Kontoführendes Institut <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
BIC <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		Kontoinhaber <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
IBAN <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
V. Verwaltungskostenpauschale			
Die an den Hausärzterverband 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 Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband 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 elektronisch gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband 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 Hausärzterverband 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 HAUSARZTES entstanden ist. • der Hausärzterverband 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 Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des HZV-Ziffernkranzes bereits jetzt zu; 			
3. Teilnahmemanagement			
<ul style="list-style-type: none"> • der Hausärzterverband 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 rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband 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; 			

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

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- ☐ 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 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.

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

--	--	--	--	--	--	--	--

--

Nachname

[illegible]

Vorname

[illegible]

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--