<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz (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.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<p>Barmer</p> <div style="text-align: right;"> HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG </div> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 562 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	--

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		
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; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 3 a)
 Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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

Akupunktur	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Allergologie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Behandlung diabetischer Fuß	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Belastungs-EKG	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Chirotherapie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Elektrotherapie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Kleine Chirurgie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	