

Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den in der Anlage 11 des HZV-Vertrages in Hessen aufgeführten Krankenkassen (HZV-Vertrag)	
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.	Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805 - 00 24 25 560 (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	
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 <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 5 Abs. 3 e) ☐ Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:	
Sonografie Abdomen	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft
CW-Doppler-Verfahren hirnvorsorg. / extremitätenvorsorg. Gefäße	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebsscreening	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Psychosomatik	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Hausärztlich Geriatisches Basisassessment	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Chirotherapie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Elektrotherapie	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-EKG	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft
Belastungs-EKG	☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft

Stand: 01.07.2025

