Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Berlin (HZV-Vertrag)  Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahmee eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizipischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zuestztich vom													Barmer DAK Gesundheit  HÄVG Hausärztlich Vertragsgemeinschaf																
												Ζι	ı richt	en an	1:														
														_															
Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich von gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht ander benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.												HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln																	
																0	der ei	nfach	per	Fax									
											01805- 00 24 25 561 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)																		
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)																													
Frau Herr																													
Titel					Vorr	ame*										Nac	chname	e*											
																<u> </u>													
Geburtsd	atum (TTM	MJJJJ)	)		LAN	R*										HA\	VG-ID	(falls v	orha	nden)									
EFN (Einl	heitliche Fo	ortbildu	ngsnun	nmer falls	s vorha	ınden)																							
und der	nehme ber Kontoverk	oindun	g (sieh	e Punkte	e II. bis	s IV.) s	soller	n auch	für di	e Teilı																			fikationen teilnehmen
	sanschrif				gleici	en An	gabe	SII VOII	iegeni	,																			
BSNR		.,														Gü	Itig ab	(TTMN	MJJJ	J)									
☐ Einzel	praxis 🔲	BAG	□ м\	VZ 🗆 A	Angest	ellter A	ırzt													1									
Straße &	Hausnumn	ner											ı			Tel	efon		ī	ı									
PLZ			1		Ort											Te	elefax							ı					
E-Mail																		•											
Mobil													1											1				_	
Mobil																													
											,																		
	nahmevor				_	_	_									ges)													
$\equiv$	ssung und agssoftwa		•		•	ecnenc	den E	sezirk	aer Ka	assena	arztiic	cnen v	/ereir	nigung															
_	agssonwa ahme an a					n <b>DMF</b>	<b>o</b> (Di:	abetes	: Tvn I	I KHŁ	< Ast	thma/	COPI	D) dur	ch mid	ch: K	inder-	und J	uger	ndärz	te nur	r DM	P Ast	thm	a (va	8.3	Abs	2 d	)
	ndertenge													-					- 9					•	- (- 9	. 5 -			,
Qualifika	ation und	entsp	rechei	nde Aus	stattu	ıng me	einei	r Prax	is und	l Erbr	ingu	ng fo	gend	ler Le	istun	gen*	:												
Akupuni	ktur										dur	rch me	eine F	Person	. [	□ di	urch K	ollege	en au	s BA	G/M	IVZ							
Allergol	ogie										dur	rch me	eine F	erson	. [	_		ollege											
Behandl	ung diabe	etische	er Fuß	i							dur	rch me	eine F	Person	. [	durch Kollegen aus BAG / MVZ													
	ngs-EKG										=			Person	_	_] di	durch Kollegen aus BAG / MVZ in Gerätegemeinschaft										chaft		
Chirothe	•		L. S			!			0		=			Person		_	durch Kollegen aus BAG / MVZ												
-	pler-Verfa logisch be			_				_	Gefäl	se ∟ —				Person	_	_	l durch Kollegen aus BAG / MVZ												
diabetol	ogischen		•			6				L	_			Person		durch Kollegen aus BAG / MVZ													
Elektroti Hausärz	nerapie tlich Geria	atrieck	nes Ra	sisases	ssme	nt				F	=			Person Person	_	☑ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☑ durch Kollegen aus BAG / MVZ													
	bsscreeni				.55:116					F	=			erson	-	_		ollege Tollege											
Kleine C		5								Ē	=			Person		_		ollege											
	iherkennı	ıngsu	ntersu	chung l	Frau					Ē	=			Person		_		ollege											
Langzeit-EKG										durch meine Person							☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft									chaft			

Seite 1 von 3 Stand: 01.07.2025

Vertrag zur Hausarztzentriert	ten Verso	orgung	gemäl	3 § 73b	Abs. 4 Sa	ıtz 1 SGI	3 V mit	den E	rsatzk	kasse	n in Be	erlin			Anlag	je 5
Langzeit-RR					durch me	ine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	7	in (	Geräteg	emeinschaft	
Praxisgröße von min. 500 Schein	ien													·		
Proktoskopie/Rektoskopie					durch me	ine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	<u> </u>				
Psychosomatik					durch me	ine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	<u> </u>				
Sonografie Abdomen					durch me	ine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	<u> </u>	in (	Geräteg	emeinschaft	
Sonografie Schilddrüse					durch me	ine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	<u> </u>	in (	Geräteg	emeinschaft	
Sonografie Uro-Genitalorgane					durch me	eine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	<u> </u>				
Sonografie weiterer Organe oder	Organteile	е			durch me	eine Persor		durch Ko	ollegen	aus B	AG / MVZ	7				
Betreuung chronisch kranker Pa	tienten dur	rch eine														
Versorgungsassistentin in der ha gesonderte Meldung per Fax übe erforderlich)  * mit entsprechendem Kreuz bes Teilnahmevoraussetzungen dars Leistungen / Zuschläge relevant.	ausärztliche er das Melde stätigen Sie, stellen, entr	en Prax leformul e, dass li nehmen	is (VERA lar VERA Ihnen eir Sie bitte	AH n entsprec e § 3 des l	HZV-Vertra	ges. Alle w	eiteren	Angaben	n sind (	ggf. fü						er
IV. HZV-Vergütung soll auf das f	olgende Ko	onto üb	erwiese	n werden	(Angestellt	e Ärzte Ko	ntodate	n des Arl	beitgel	bers)						
Kontoführendes Institut																
BIC			K,	ontoinhabe	er											
			7 Ï		-											
IBAN																
<u> </u>																
V. Verwaltungskostenpauschale		"hww.mar.ad	day Abyas	hara da	. 117\/\/avai	`t	blanda <b>\</b>	/amuslau	maska		aabala		0 0 1 4 7	\ha 1 da	- 117\/ \/ort	
Die an den Hausärzteverband für beträgt 3% von der HZV-Vergütung																
Die Verwaltungskostenpauschale																
VI. Vertragsbedingungen																
lch bin umfassend über die											ert und	akzep	otiere a	ausdrüc	klich säm	tliche
Vertragsbedingungen, auch sow	veit sie hier	r nicht g	gesonde	rt aufgefü	hrt sind. In	sbesonder	e ist mir	bekann	t, dass	•						
1. HZV-Teilnahme     • meine Vertragsteilnahme mit																
mir vertragsrelevante Mitteilt     ich meine vertraglichen Pflic     (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrag     die Abrechnung und Auszahl     bzw. den allgemeinen gesetz     meine Vertragsteilnahme be     ich selbst meine Teilnahme     fristlos schriftlich oder per     Hausärzteverband berechtig     die Laufzeit des HZV-Vertrag     Vertragsänderungen aufgrur	hten als Ha es), zur Info lung, zur Eir zlichen Reg i Nichterfüllu an dem HZ' Telefax g t (Faxnumm ges sich nac	usarzt ir ormation nhaltung gelungen ung meir V-Vertra gegenübe ner siehe ch § 16 r	nsbesond der HÄV g und Gev zu erfüll ner vertra ag gemäl er dem e oben); richtet, w	dere zur Er /G über Än währleistur en habe; aglichen Pf 3 § 5 Abs. Hausärzte enn ich nic	rbringung be derungen, on g der ärztlich flichten unte 1 des HZV everband ko cht vorzeitig	esonderer Hie für mein Hen Schwe r den Vora Vertrages undigen ka aus dem H	IZV-Leis e Teilnal igepflich ussetzun nit einer nn. Die ZV-Vertr	tungen (§ nme an d it und der gen des Frist vor HÄVG	§ 3 Abs ler HZV r gesetz § 5 Abs n drei M ist zu cheide;	releva zlichen s. 3 de Monate r Ento	ant sind ( Datensc s HZV-Ven zum Q gegennah	§ 4 Abs hutzvor ertrage tuartals nme de	s. 4 des l rschrifte s beend ende od er Künd	HZV-Ve n nach o let werd ler aus v ligungse	rtrages), sov ler Berufsord en kann; vichtigem G rklärung fü	vie für dnung runde
2. HZV-Abrechnung und Vergütt		1133 17	ana ro b		TOTT VOTIGET	on mognon	oma ana	4100 0111	Condo	mana	gungoroo	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	gogoriac	201 4401	oon nam.	
mir der Hausärzteverband po		der über	www arz	tportal net	die Abrechi	nungsnach	veise na	ch Maßg	abe de	r Anlad	ne 3 sowi	ie die Ir	nformatio	nen zu	m	
Teilnahmestatus der bei mir	eingeschrie	ebenen V	Versicher	ten gem. A	Anlage 4 zui	Verfügung	stellt;	·		·						
<ul> <li>sich gemäß § 10 Abs. 1 de erbrachten und fristgerecht a verjährt (§ 10 Abs. 2 des HZ</li> </ul>	abgerechnet	ten Leist	tungen g	egen die K	rankenkass	e richtet un	d dieser	Anspruci	h auf Z	ahlung	der HZV	′-Vergü	tung na	ch Ablau	ıf von 12 Mc	nater
ausgewiesen ist beginnt.  ich Überzahlungen zurückza der Krankenkasse bei Doppe mir ist bekannt, dass die Kran (§ 11 a Abs. 3 des HZV-Ver Verletzungen vertraglicher of der Hausärzteverband die von HZV-Vertrages beauftragt hat begandt Keste überwickt.	elabrechnur nkenkasse b trages); unb der gesetzli on der Krank at, diese an i	ngen vor berechtig berührt b icher Pfli kenkasse mich we	n HZV-Le gt ist, Übe pleibt hie ichten de e geleiste eiterzuleit	eistungen gerzahlunge rvon die G es teilnehm ete HZV-Vo en, indem	gegenüber den mit meine eltendmach enden Haus ergütung ge sie diese ur	ler Kassen: r HZV-Verg ung eines d sarztes ents mäß § 12 A ter Abzug d	irztlicher ütung in larüber h tanden i bs. 1 de er von n	n Vereini dem auf ninaus ge st. s HZV-Ve nir zu trag	gung g eine Za ehende ertrage genden	emäß ahlung n Scha s entg Verwa	§ 11 a Al saufforde adens, de egennimr altungsko	bs. 2 de erung fo er den \ mt und estenpa	es HZV- olgender Vertrags die HÄV uschale	Vertrage n Quarta partnerr 'G gemä gemäß	es ist mir be len zu verre n infolge sor B § 12 Abs. § 14 auf das	kannt; chnen stiger 4 des
benannte Konto überweist. E  die Anlage 3 (Vergütung und werden können. Wenn sich dach § 10 Abs. 8 des HZV-V  Leistungsergänzungen bzw. Hausärzteverband und der K	d Abrechnur diese Änder 'ertrages; -kürzungen	ng) durc rung nich n gemäß	th Einigui ht aussch §§ 87 ff	ng der Verl nließlich zu SGB V zu	tragspartnei i meinen Gi Änderunger	nach Maß Insten ausv des EBM-	gabe des virkt und Ziffernkra	s in § 10 ich dami anzes (Al	Abs. 7 it nicht	des Hi einver 1 zu A	ZV-Vertra standen b nlage 3) f	ages be bin, hat führen l	schriebe be ich ei können;	enen Ve n Sonde ich stim	rfahrens gea erkündigung	srecht

## 3. Teilnahmemanagement

- 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. 5 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit:
- Beschränkungen des § 181 BGB befreit;

  der Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages 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, 15 18 und 21 des HZV-Vertrages. 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, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN);
   zertifiziertes Arztinformationssystem AlS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,

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.

## 4. 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 11 beschrieben. Der Hausärzteverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 11 benannten Zwecken.
- Anlage 11 beschrieben. Der Hausärzteverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 11 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 14 des HZV-Vertrages und Anlage 3).

Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 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 Datenverarbeitung 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

	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																														
		Haus ggf.	ch me särztlich auch \ eweilig	he Vo Verbu	ertrag ing pe	sger er E-l	neins Mail e	chaft erhalte	AG,	IHF In	stitu	t für l	haus	ärztlic	he Fo	ortbil	dung	e.V., (	GVP (	Gesel	Ischa	ft für	Ver	sorgu	ıng ur	nd Pra	ıxis) ı	weiter	e Info	rmat	ionen	
Uni	Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt											Datum (TT.MM.JJJJ)										Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG										
			chrift de nterschi							)																						
Ang Nac		_	näß "	Pers	önlic	he D	aten	<b>)</b> "		F			1		۱ ،	orn_	ame_		F	<u> </u>		1	1	1	1	ı	1			1		
LAN	R																															

Seite 3 von 3 Stand: 01.07.2025