

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b><br>zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73<br>b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BARMER und DAK-Gesundheit in Nordrhein (EK-<br>HZV-Vertrag)                                                                                                                                                                                                                             |                                             | <b>Zu richten an:</b><br><br>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG<br>Abt. Vertragsdatenmanagement<br>Edmund-Rumpler-Straße 2<br>51149 Köln<br><br>Oder einfach per Fax<br><br><b>01805- 00 24 25 549</b><br>(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR<br>0,42/Minute) |                                                |
| <b>I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Frau Herr<br><div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Titel<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | Vorname*<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |
| Nachname*<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Geburtsdatum (TTMMJJJJ)<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             | LANR*<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |
| HÄVG-ID (falls vorhanden)<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <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!) |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <b>II. Praxisanschrift / Betriebsstätte</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| BSNR<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | Gültig ab (TTMMJJJJ)<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |
| Einzelpraxis      BAG      MVZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Straße & Hausnummer<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             | Telefon<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |
| PLZ<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             | Ort<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |
| Telefax<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| E-Mail<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Mobil<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <b>III. Teilnahmevoraussetzungen &amp; ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen hausärztlich relevanten <b>DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich;                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| <b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |
| Akupunktur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Allergologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Behandlung diabetischer Fuß                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Belastungs-EKG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Chirotherapie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| CW-Doppler-Verfahren hirnvorsorg. / extremitätenversorg. Gefäße                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Elektrotherapie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Hausärztlich Geriatisches Basisassessment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Hautkrebsscreening                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Kleine Chirurgie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| Langzeit-EKG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| 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                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |

Stand: 01.07.2025

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 Hausärzterverband 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 Hausärzterverband 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 (§ 4 Abs. 5 des HZV-Vertrages) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages und Anlage 3).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages hat der Hausärzterverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 SGB i.V.m. Art. 28 DSGVO X 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

☐ **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)

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

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

**Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG**

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

**Nachname**

[illegible]

**Vorname**

[illegible]

LANR

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