

Teilnahmeerklärung HAUSARZT
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BARMER und der DAK-Gesundheit in Westfalen-Lippe (EK-HZV-Vertrag)

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen, da der Patient nur von seinem Betreuersarzt eingeschrieben werden kann. (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 25 549
(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 hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich;

☐ 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
Chirotherapie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
CW-Doppler-Verfahren hirnersorg. / 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 Geriatisches 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
Langzeit-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-RR	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	☐	
Proktoskopie/Rektoskopie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ

☐ in Gerätegemeinschaft

☐ in Gerätegemeinschaft

☐ in Gerätegemeinschaft

3. Teilnehmernmanagement • 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15 - 18 und 22 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • der Hausärzterverband 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 Hausärzterverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen. • ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten, Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnehmernklärung richtig und vollständig sind (Selbstausskunft). Diese Teilnehmernklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.
--

VII. 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 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 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 Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

☐ Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband 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.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt

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

Datum (TTMMJJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Angaben gemäß „Persönliche Daten“

Nachname

[illegible]

Vorname

[illegible]

LANR

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