Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten V 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BARMER und der DAK-Ge Westfalen-Lippe (EK-HZV-Vertrag)  Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzt Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt Teilnahmeerklärung einreichen, da der Patient nur von seinem Betreuarzt ein kann. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinsi (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertrete werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen. I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)											irzten zt einge nische	zten in einer t eine eigene ingeschrieben werden schen Versorgungszentrum er des MVZ unterzeichnet					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)																
Titel						7	Voi	rname	e*			1					T		1	Nachi	name	*				T							
Gebi	ırtsda	itum (	TTMN	1JJJJ	)			LANF	۲*										_	HÄVO	6-ID (	falls v	orhar	nden)						•			
		Ì																			,												
	<i>.</i>		_																														
EFN	(Einh	eitlich	e For	tbildu	ngsnı	ummer	talls	vorha	ande	n)																							
						nem a																											
						ntove ilneh																	HZV	-ver	trag	verwe	enae	et w	erae	n (w	enn a	oie an	
II. F	raxi	sanso	hrift	/ Bet	riebs	sstätte	е																										
BSN	R 								1											Gültiç	g ab (	TTMN	AJJJJ	1)			I	1					
	Eir	zelpra	axis		ВА	G	M	IVZ																									
Straf	se & I	Hausn	umme	er																Telef	on												
PLZ	l							Ort		1										Tele	fax			1		1							
E-Ma	il				1			l.											J									_					
Mobi	1	1							ı			1				1	1	ı		1												l .	
IVIODI																																	
III.	Геiln	ahme	vora	usse	tzun	gen &	aaf.	verc	aütu	nasre	leva	nte A	ngal	ben (	aem.	. 83	des F	IZV-V	ertr'	ages	)												
						ztsitz														ugoo,	<u> </u>												
					•	orhan			000								0.0	949															
				_		rztlich																											
Ш	Benii	naerte	enger	ecnte	r ∠ug	gang z	ur Pr	axis i	bzw.	Gew	anrie	eistun	g aer	vers	orgur	ng vo	n Ber	ıınaer	ten d	urcn	ale F	raxis											
Qua	lifika	tion (	ınd e	ntsp	rech	ende	Auss	stattı	ung i	meine	er Pr	axis	und l	Erbri	ngun	ıg fol	lgend	ler Le	istu	ngen	*:												
Aku																	eine F			=			•			/ MVZ							
Alle	-	_		·		•								F			eine F			durch Kollegen aus BAG / MVZ													
		ıng d as-El		isch	er Fu	112								H	durch meine Person						☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ☐ in Gerätegemeinschaft☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ☐ in Gerätegemeinschaft☐								schaft				
Belastungs-EKG Chirotherapie									E			eine F						_			/ MV2			ш.	11 00	rateg	CITICII	Scriait					
						ersor	-					rg. Ge	efäße	, [	dur	ch me	eine F	erso	n							/ MVZ							
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis									durch meine Person					durch Kollegen aus BAG / MVZ																			
Elektrotherapie										dur	ch me	eine F	erso	n	durch Kollegen aus BAG / MVZ																		
					hes E	Basisa	asses	ssme	ent					Ę	,		eine F			_						/ MVZ							
Hautkrebsscreening Kleine Chirurgie										늗			eine F			_			-			/ MV2											
				ngsu	nters	suchu	na F	rau						H	,		eine F eine F						-			/ MV2 / MV2							
		EKG		554			<b>.</b>								,		eine F			_			-						□ i	n Ge	räted	emeir	schaft
Langzeit-RR											dur	ch me	eine F	erso	n		」durch Kollegen aus BAG / MVZ																
	_					cheine	en							Ę	]					_													
Prol	tosk	opie/	Rekt	osko	pie										dur	ch me	eine F	erso	n	$\Box$	durch	Kolle	egen	aus	BAG	/ MV	<u> </u>						

1 von 3 Stand: 01.07.2025

THE GCI DAINNE	R und der			jung ge									Autonot
	ix unu uei	DAN-GE	Suriui	ICIL III V	vestia	ien-Lip	pe (L						Anlage 5
Psychosomatik							Ļ	=		e Persor	=		ch Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Abdomen								=		e Persor	=		ch Kollegen aus BAG / MVZ  in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse							Ļ	=		e Persor	=		ch Kollegen aus BAG / MVZ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Uro-G	_						L	=		e Perso	=		ch Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie weite	erer Organe	oder Or	gantei	le			L	_ durc	h mein	e Perso	) <u></u>	durci	ch Kollegen aus BAG / MVZ
	sistentin in d lung per Fa endem Kreu ssetzungen	der haus x über da z bestäti n darstell	ärztlic as Mel gen Si	hen Pra deform ie, dass	xis (VI ular VI <i>Ihnen</i>	ERAH ein ent							der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben aben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner
IV. HZV-Vergütu	ıng soll auf	das folg	ende k	Konto ü	berwie	sen we	erden (	Anges	tellte Ä	rzte Ko	ntodate	n des	s Arbeitgebers)
Kontoführendes I	Institut			, ,		, ,	`						
BIC						Konto	inhabe	r					
IBAN													
V. Verwaltungsk	kostenpaus	chale											
Vertrages beträg	gt 3% von de en. Die Verv	er HZV-V	ergütu	ng. Für	Nicht-I	Mitgliede	er des	Hausä	rztever	bandes	wird ein	e Ver	Verwaltungskostenpauschale gemäß § 4 Abs. 6 des HZV- rwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV- ütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet.
	send über												ages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche kannt, dass
1. HZV-Teili													,
<ul> <li>mir vertrags</li> <li>ich meine Versicherte Abs. 5 des Datenschut</li> <li>meine Vertr</li> <li>ich selbst n Grunde fris Hausärztev</li> <li>die Laufzeit</li> <li>Vertragsänd</li> </ul>	srelevante N vertraglich eneinschreib s HZV-Vertra tzvorschrifte tragsteilnahr meine Teilne stlos schriftli verband bere t des HZV-V derungen a	Mitteilungenen Pflicung (§ 6 ages), so nach dene bei Nicahme an choder pechtigt (Fifertrages ufgrund d	en auch hten Abs. 3 wie für er Beru chterfül dem Her Tele axnum sich na er in §§	h per E- als Ha 3 des Ha r die Ab ufsordnu Illung me HZV-Ver efax geg mer siel ach § 16	Mail od usarzt ZV-Ver rechnung bzweiner vertrag ge genüber richter	der in me insbestrages), ang und v. den alertraglichemäß § er dem Han);	ein Pos sondere zur In Ausza Ilgemei hen Pfl 5 Abs Hausär	etfach in et zur formati ihlung, inen ge ichten it des zteverb	m Arztı Erbrir on der zur Ei setzlic unter d HZV- eand ki	portal zung bei HÄVG inhaltung hen Regen Vora vertrage indigen	gestellt besonde über Än und Go elungen ussetzu s mit ein kann. D	werde rer H derun ewähr zu er ngen o ner Fr ie HÄ	HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 4 des HZV-Vertrages), zur ngen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 urleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen erfüllen habe; des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann; frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem ÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den
2. HZV-Abre													
Teilnahmes • sich gemäß erbrachten Monaten ve Vergütungs	status der be 3 § 10 Abs. und fristger erjährt (§ 1	ei mir eing 1 des HZ echt abg 0 Abs. 2 usgewies	geschri V-Verti erechn des H en ist b	iebenen rages in neten Le HZV-Ver beginnt.	Versic Verbin istunge trages)	herten o dung m en gege	gem. A nit Anla en die I st beka	nlage 4 ge 3 m Krankei nnt, da	zur Ver ein ver nkasse ass die	erfügung tragliche richtet Verjäh	stellt; er Ansprund dies rungsfris	uch a ser Ar st mit	Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß inspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 t Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-

- die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 9 des HZV-Vertrages;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzteverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Zifferkranzes bereits jetzt zu;

## 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. 3 des HZV-Vertrages. Er
  ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband 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 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 22 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 AIS/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.

Anlage 5

-		Amage o
VII. Datenverarbeitung		
Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgen	nden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:	
jeweiligen Krankenkasse und deren Dienstleister ausschlie wie in Anlage 11 beschrieben. Der Hausärzteverband und van Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an dies Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse wand 4 Abs. 5 des HZV-Vertrages) sowie die von mir als HAU des HZV-Vertrages und Anlage 3).  Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtunger SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die  Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befüg Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen einh		DSGVO verarbeitet,  Bestätigung meiner dZV-Arztverzeichnis nnung (§§ 10 bis 13 nach § 295a Abs. 2 In beauftragt; Abrechnung der im
	erden zum Zwecke der HAUSARZT-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiter	n der Vertragspartner
veröffentlicht.	in a structure Decoration and assistant Table above and discours UZV/Variations	
	eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag. I Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag ha	he ich zur Kenntnis
genommen.	Art. 14 DOOVO IIII 112V-Vertiag und dei Datenschutzanlage zum 112V-Vertiag na	be ion zur Kennuns
Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und zahle ei	eine verringerte Verwaltungskostenpauschale	
	, and the same of	
Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverbar	and und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz	
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Institut für	tinnen- und Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschafts r hausärztliche Fortbildung (IHF) e.V., GVP Gesellschaft für Versorgung und P en. Ich kann den Informationen der vorgenannten Gesellschaften jederzeit wider en.	raxis mbH) weitere
Interschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt	Datum (TTMMJJJJ) Stempel der Arztpraxis/MVZ/B	AG
pei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich; ei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)		
Angaben gemäß "Persönliche Daten"	Vorneme	
Nachname	Vorname	
ANR		

**3** von 3 Stand: 01.07.2025