

Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der KNAPPSCHAFT in Nordrhein 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; bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Arzt unterschrieben 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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">Titel </td><td style="width: 40%;">Vorname* </td><td style="width: 40%;">Nachname* </td></tr><tr><td>Geburtsdatum (TTMMJJJJ) </td><td>LANR* </td><td>HÄVG-ID (falls vorhanden) </td></tr></table> EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) 		Titel 	Vorname* 	Nachname* 	Geburtsdatum (TTMMJJJJ) 	LANR* 	HÄVG-ID (falls vorhanden) 																		
Titel 	Vorname* 	Nachname* 																							
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) 	LANR* 	HÄVG-ID (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																									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 60%;">BSNR </td><td style="width: 40%;">Gültig ab (TTMMJJJJ) </td></tr><tr><td colspan="2">☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt</td></tr></table>		BSNR 	Gültig ab (TTMMJJJJ) 	☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt																					
BSNR 	Gültig ab (TTMMJJJJ) 																								
☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt																									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 60%;">Straße & Hausnummer </td><td style="width: 40%;">Telefon </td></tr><tr><td>PLZ </td><td>Telefax </td></tr><tr><td colspan="2">Ort </td></tr></table>		Straße & Hausnummer 	Telefon 	PLZ 	Telefax 	Ort 																			
Straße & Hausnummer 	Telefon 																								
PLZ 	Telefax 																								
Ort 																									
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 DMP</u> (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*: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40%;">Akupunktur</td><td style="width: 30%;">☐ durch meine Person</td><td style="width: 30%;">☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Allergologie</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Behandlung diabetischer Fuß</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Belastungs-EKG</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Chirotherapie</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr><tr><td>Elektrotherapie</td><td>☐ durch meine Person</td><td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td></tr></table> ☐ in Gerätegemeinschaft		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 hirnversorg. / 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
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 hirnversorg. / 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 Geriatrisches 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	☐ in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	☐		
Proktoskopie/Rektoskopie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Psychosomatik	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie Abdomen	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Uro-Genitalorgane	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	☐		

* mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut	
BIC	Kontoinhaber
IBAN	

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 4 Abs. 6 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet.

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HZV-Teilnahme - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 4 des HZV-Vertrages); - mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können. - ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 4 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 5 des HZV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; - meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann; - ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder in elektronischer Form gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben); - die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide; - Vertragsänderungen aufgrund der in §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. 2. HZV-Abrechnung und Vergütung - mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt; - sich gemäß § 10 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt. - ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist. - der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 2 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; - die Anlage 3 (HZV-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. 7 des HZV-Vertrages; - Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu; 3. Teilnahmemanagement - 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 rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

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 12 beschrieben. Der Hausärzterverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 12 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 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 dieses 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.

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