




<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (HzV-Vertrag)</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (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 Vertragsarzt unterschrieben werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HzV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">    </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Hausarzt Zentrierte Versorgung</p> <hr/> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 548 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>																														
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)																															
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
Titel <input type="text"/> Vorname* <input type="text"/> Nachname* <input type="text"/>																															
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/> LANR* <input type="text"/> HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>																															
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>																															
<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!)																															
II. Praxisanschrift / Betriebsstätte																															
BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>																															
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt																															
Straße & Hausnummer <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>																															
PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/>																															
E-Mail <input type="text"/>																															
Mobil <input type="text"/>																															
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HzV-Vertrages)																															
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 3 e) <input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis																															
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:																															
Akupunktur Allergologie Behandlung diabetischer Fuß Belastungs-EKG Chirotherapie CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis Elektrotherapie Hausärztlich Geriatisches Basisassessment Hautkrebsscreening Kleine Chirurgie Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau Langzeit-EKG Langzeit-RR	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> <td><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ		<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																														
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													
<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																													

VII. Datenverarbeitung
<p>Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband sowie von der LKK und deren Dienstleister ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet wie in Anlage 10 beschrieben. Der Hausärzterverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 10 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.3 HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages und Anlage 3). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat der Hausärzterverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die HÄVG, 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.
<p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied von Hessenmed und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und/oder hessenmed und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungkostensatz</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V (Hausärztinnen- und Hausärzterverband , 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 über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.</p>

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

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

Vorname

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

LANR

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