

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)	Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 548 (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 ☐ Angestellter Arzt	
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 <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 3 e) ☐ 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 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 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
☐ in Gerätegemeinschaft	

Stand: 01.07.2025

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 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 Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG 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**

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

Vorname

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

LANR

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