

<b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> <b>zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der hkk Erste Gesundheit (HZV-Vertrag)</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> </div>
<p><b>Bitte beachten Sie:</b> 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.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<p><b>Zu richten an:</b></p> <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b>  <b>Abt. Vertragsdatenmanagement</b>  <b>Edmund-Rumpler-Straße 2</b>  <b>51149 Köln</b></p> <p><b>Oder einfach per Fax</b></p> <p><b>01805- 00 24 25 563</b>          (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
<b>I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b>	
Frau Herr <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
Titel <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	Vorname* <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
Nachname* <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	LANR* <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
HÄVG-ID (falls vorhanden) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 200px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
<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!)	
<b>II. Praxisanschrift / Betriebsstätte</b>	
BSNR <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Straße & Hausnummer <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
Telefon <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 200px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
PLZ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	Ort <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>
Telefax <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
E-Mail <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 350px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
Mobil <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
<b>III. Teilnahmevoraussetzungen &amp; ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten DMP</u> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 k) <input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
<b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</b>	
<b>Akupunktur</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Allergologie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Behandlung diabetischer Fuß</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Belastungs-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Elektrotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Hausärztlich Geriatisches Basisassessment</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Hautkrebsscreening</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Kleine Chirurgie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Langzeit-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	

Stand: 01.07.2025

