




<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den in der Anlage 12 des HzV-Vertrages in Ihrer KV-Region aufgeführten Krankenkassen</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft 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 bezeichnet, auf den HzV-Vertrag.</p>	   <p>Hausarzt Zentrierte Versorgung</p> <p>Hausärztinnen- und Hausärzteverband</p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01 80 5 - 00 24 25 559 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
Stammdaten Arzt (Pflichtangaben)	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ LANR <input style="width: 100px;" type="text"/> BSNR <input style="width: 100px;" type="text"/> BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> BAG	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100px;" type="text"/>
Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BIC <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/>
IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Notwendige Angaben des Hausarztes	
Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 3 des HzV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Vertragssoftware noch nicht vorhanden (vgl. § 3 Abs. 2 c)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an allen hausärztlich relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP-Programme der Krankenkasse gemäß § 137f SGB V; vgl. § 3 Abs. 2 lit. h) (Asthma bronchiale/COPD, Diabetes Mellitus Typ II sowie KHK)	
<input type="checkbox"/> Fortbildung hausärztlich geriatrisches Assessment durch mich (vgl. § 3 Abs. 2 lit. g)	
Vergütungsrelevante Angaben - Erbringung folgender Leistung/en und erforderliche Ausstattung/Qualifikation:	
Sonographie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Sonographie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebscreening (01745/01746)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> ein VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis vorhanden (Anhang 4 zu Anlage 3)	
Dienstleistungsgesellschaft	
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111	
Verwaltungskostenpauschale	
Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs. 1 des HzV-Vertrages beträgt 3% von der HzV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2,0 % von der HzV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die HÄVG vom Zahlungsbetrag der HzV-Vergütung einbehalten (§ 14 Abs. 2)	
Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung	
Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem: <ul style="list-style-type: none"> Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden (die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften). Mir ist bekannt, dass der Hausärzteverband die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem HzV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragen kann und dies derzeit getan hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses HzV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die HÄVG zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von dem Erfüllungsgehilfen des Hausärzteverbandes (derzeit HÄVG) zur Durchführung des HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt, ggf. auch zu werblichen Zwecken, wie in Anlage 12 geregelt. Die Krankenkasse erhält Name, Vorname, Identifikationskürzel (z.B. HÄVG-ID), LANR, BSNR vor Bestätigung der Vertragsteilnahme zur Prüfung meiner Teilnahme an DMP. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die Krankenkasse und deren Dienstleister sämtliche vorgenannten Daten des HzV-Arztverzeichnisses (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 13 und Anlage 3). Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie ggf. weitere zu diesem Zweck bereitgestellte Daten (E-Mail-Adresse) werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der Krankenkasse und des Hausärzteverbandes veröffentlicht. 	

