

**Teilnahmeerklärung HAUSARZT**

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg in Hamburg (HZV-Vertrag)

**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 Betreuungsarzt 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.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.



Hausärzterverband  
Hamburg



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG  
Abt. Vertragsdatenmanagement  
Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln

Oder einfach per Fax

**01805- 00 24 25 520**

(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*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR*	HÄVG-ID (falls vorhanden)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einzelpraxis  BAG  MVZ  Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ	Ort	Telefax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 hausärztlich relevanten 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\*:**

<p><b>Sonografie Abdomen</b></p> <p><b>Sonografie Schilddrüse</b></p> <p><b>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</b></p> <p><b>Hautkrebsscreening</b></p> <p><b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau</b></p> <p><b>Psychosomatik</b></p> <p><b>Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment</b></p> <p><b>Chirotherapie</b></p> <p><b>Elektrotherapie</b></p> <p><b>Langzeit-EKG</b></p> <p><b>Langzeit-RR</b></p> <p><b>Belastungs-EKG</b></p> <p><b>Kleine Chirurgie</b></p> <p><b>Behandlung diabetischer Fuß</b></p> <p><b>Sonografie weiterer Organe oder Organteile</b></p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p> <p><input type="checkbox"/> durch meine Person</p>	<p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>	<p><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p>
--	---	--	---



**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 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 11 beschrieben. Der Hausärzterverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 11 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 (§7 Abs. 1 e) des HZV-Vertrages) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages und Anlage 3).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 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 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 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 Datenschutzerklärung 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 2% erhöhten Verwaltungkostensatz

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 (TT.MM.JJJJ)**

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

**Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG**

**Angaben gemäß „Persönliche Daten“**

**Nachname**

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

**Vorname**

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

**LANR**

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