

Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BAHN-BKK (HZV-Vertrag) 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 Arzt unterschrieben werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.	  Hausarzt Zentrierte Versorgung Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. HZV Operations Team: Fallmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 564 (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)																									
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 Geriatrisches Basisassessment Hautkrebsscreening Kleine Chirurgie Langzeit-EKG	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ durch meine Person </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ </td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>☐ durch meine Person</td> <td>☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> </table> ☐ in Gerätegemeinschaft	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								
☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ																								

Stand: 01.08.2025

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

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 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 (Zitat HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 15 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 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 dieses 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.

☐ Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

☐ **Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 2 % 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.

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

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

Nachname

[illegible]

Vorname

[illegible]

LANR

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