

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Hamburg (HZV-Vertrag)</p> <p>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.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> <p>Barmer DAK Gesundheit</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>Hausarzt Zentrierte Versorgung</p> </div> </div> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 562 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)	
<p>Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Titel <input type="text"/> Vorname* <input type="text"/> Nachname* <input type="text"/></p>	
<p>Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/> LANR* <input type="text"/> HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/></p>	
<p>EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/></p>	
<p><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!)</p>	
II. Praxisanschrift / Betriebsstätte	
<p>BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ</p>	
<p>Straße & Hausnummer <input type="text"/> Telefon <input type="text"/></p>	
<p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/></p>	
<p>E-Mail <input type="text"/></p>	
<p>Mobil <input type="text"/></p>	
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)	
<p><input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> 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 a)</p> <p><input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis</p>	
<p>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</p>	
<p>Akupunktur</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Allergologie</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Behandlung diabetischer Fuß</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Belastungs-EKG</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p>
<p>Chirotherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Elektrotherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Hautkrebsscreening</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Kleine Chirurgie</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p>
<p>Langzeit-EKG</p>	<p><input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p>

3. Teilnahmemanagement
<ul style="list-style-type: none"> der Hausärzterverband meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 14 - 17 und 20 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; der Hausärzterverband befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzterverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen. ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten, <p>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.</p>
4. Datenverarbeitung
<p>Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages und Anlage 3). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 13 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, 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 Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. <p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 2% erhöhten Verwaltungskostensatz</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH) weitere Informationen ggf. auch Werbung per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen jederzeit widersprechen bzw. über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.</p>

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

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