

<b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> <b>zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic (HZV-Vertrag)</b>		 Hausärztinnen- und Hausärzteverband	
<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>		<b>Zu richten an:</b> <b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b> Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln  <b>Oder einfach per Fax</b> <b>01805- 00 24 25 431</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)	
<b>I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b>			
Frau Herr <input type="checkbox"/>			
Titel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vorname* <input type="text"/>	Nachname* <input type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/>		LANR* <input type="text"/>	
HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>			
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>			
<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 <input type="text"/>		Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt			
Straße & Hausnummer <input type="text"/>		Telefon <input type="text"/>	
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>	Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>			
Mobil <input type="text"/>			
<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 d) <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>			
Sonografie Abdomen <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft Sonografie Schilddrüse <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Hautkrebscreening <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Psychosomatik <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Chirotherapie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Elektrotherapie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ Langzeit-EKG <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft Langzeit-RR <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft Belastungs-EKG <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft Kleine Chirurgie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ			



- ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztdateninformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,
- ich verpflichtet bin die vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherter (§ 6 Abs. 3) mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme für Versicherte freiwillig ist; Versicherte, die sich gegen eine Teilnahme am HZV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten am Hausarztprogramm, sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen;
- der Hausärzteverband sich an die Kassenärztliche Vereinigung wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen betreffen, an den Hausärzteverband oder dessen beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.

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.

#### 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 Hausärzteverband sowie von der Krankenkasse und ihrem 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 Hausärzteverband 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 (§ 4 Abs. 3 HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages und **Anlage 3**).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 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 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 Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband 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 der jeweiligen 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 (TTMMJJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

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

#### Angaben gemäß „Persönliche Angaben“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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