

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73
b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic in Baden-Württemberg (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.)

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



Zu richten an:

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

Oder einfach per Fax

01805- 00 24 25 439

(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)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR Gültig ab (TTMMJJJJ)

Einzelpraxis BAG MVZ

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 (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)
- Teilnahme am DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 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 |
| 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 | |
| Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine
Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH;
gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH
erforderlich) | <input type="checkbox"/> | | |

* mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben
Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner
Leistungen / Zuschläge relevant.

