



<p>Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Bayern (HzV-Vertrag AOK Bayern)</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) oder im Angestelltenverhältnis in einer Praxis muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ bzw. vom Arbeitgeber 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="text-align: center;">   </div> <p>Per Fax an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (nachfolgend: HÄVG) für den Bayerischen Hausärzteverband (nachfolgend: BHÄV)</p> <p>01805 - 00 24 25 552</p> <p>(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
Persönliche Daten (*Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)	
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Titel <input type="text"/> 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 zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift und Betriebsstätte 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 zu Ihren Stammdaten vorliegen!)	
Praxisanschrift / Betriebsstätte	
BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <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"/>	
Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 5 des HzV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, ggf. hinreichende apparative Ausstattung zur Behandlung und Vorsorge von Kindern unter 15 Jahren, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät). <input type="checkbox"/> Vertragssoftware vorhanden (vgl. § 5 Abs. 1f) <input type="checkbox"/> Gewährleistung eines behindertengerechten Zugangs zur Praxis bzw. einer Versorgung von Behinderten durch die Praxis (vgl. § 5 Abs. 1e) <input type="checkbox"/> Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik durch mich (vgl. § 5 Abs. 1c) <input type="checkbox"/> Fortbildung geriatisches Assessment durch mich; nicht erforderlich bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten (vgl. § 5 Abs. 1c) <input type="checkbox"/> Bestätigung/Genehmigung der KVB über die bestehenden Registrierungen an allen <u>hausärztlich relevanten DMP</u> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma, (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).	
<p>Mir ist bekannt, dass alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 Abs. 1 grundsätzlich bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung erfüllt sein müssen. Für die Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik und die Fortbildung geriatisches Assessment gelten Übergangsfristen von 12 Monaten ab Erhalt der Teilnahmebestätigung. Während der Teilnahme sind alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 insbesondere eine aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma) zu erfüllen (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).</p>	
Ergänzende Angaben des Hausarztes – Qualifikation bzw. entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3):	
Akupunktur (30790, 30791)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (0005D)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Chirotherapie (30201)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-EKG (03322)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Abdominelle Sonografie (33042)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Schilddrüse (33012)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
CW-Doppler-Verfahren hirnersorg./ extremitätenversorg. Gefäße (EBM 33060/ 33061)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebscreening (01745 / 01746)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten liegt vor <input type="checkbox"/> (VERAH gem. Anhang 3 zu Anlage 3 gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	

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 BHÄV sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnis (§7 Abs. 1d) sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HzV-Abrechnung (§§ 12 bis 16 und **Anlage 3**). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 12 bis 16 des HzV-Vertrages hat der BHÄV nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum zu übermitteln.
- Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der Hausarzt-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.
- Die AOK Bayern 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 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz**
- Ich möchte vom Bayerischen Hausärzterverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, der HSW GmbH, sowie vom Deutschen Hausärzterverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH und dem IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit 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

Angabe gemäß „Persönlicher Daten“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

Information zu Ihrer Teilnahme an den HzV-Verträgen mit den Betriebskrankenkassen in Bayern

Bitte beachten Sie:

Der Bayerische Hausärzteverband hat sowohl einen HzV-Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft/ GWQ ServicePlus AG als auch mit der Bosch BKK abgeschlossen. Bei beiden Verträgen ist eine eigenständige Teilnahmeerklärung Vertragsbestandteil.


Die technische Umsetzung der beiden HzV-Verträge erfolgt in Ihrer Praxissoftware allerdings einheitlich mittels des gemeinsamen HzV-Moduls BKK HzV.

Zur Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit den Betriebskrankenkassen in Bayern sind **beide** nachfolgend aufgeführten Teilnahmeerklärungen auszufüllen und bei der HÄVG AG einzureichen. Die Teilnahme an lediglich einem der beiden nachfolgenden HzV-Verträge ist aufgrund der gemeinsamen technischen Abbildung beider Verträge nicht möglich.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.hausaerzteverband.de sowie www.hausaerztebayern.de. Bei Fragen steht Ihnen die HÄVG unter O 22 03/57 56 11 11 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr HzV-Service-Team

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V (HZV-Vertrag) mit den in der Anlage 9 des BKK-HzV-Vertrages in Bayern aufgeführten Krankenkassen</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>	 <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 429 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
I. Persönliche Daten (* Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)	
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Titel <input type="text"/> 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 zu den Stammdaten, 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 <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"/>	
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HzV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)	
<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 lit. d)	
<input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
<input type="checkbox"/> Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.	
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:	
Akupunktur <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Allergologie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Behandlung diabetischer Fuß <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Belastungs-EKG <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Chirotherapie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis <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	
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Kleine Chirurgie <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	
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
Palliativmedizin: Teilnahme an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Gesonderter Nachweis der Teilnahme am Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 h) <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	

Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>			
Proktoskopie/Rektoskopie	<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	
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
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
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.*

IV. HzV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

Ich nehme bereits an einem anderen HzV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HzV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 15 Abs.1 des HzV-Vertrages beträgt 3% von der HzV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HzV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HzV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 Abs. 2).

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HzV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HzV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3);
- mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Verscherteneinschreibung (§ 6), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 4 Abs. 4), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8 mir gegenüber auslösen kann.

2. HzV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HzV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenzusammenarbeit gemäß § 12 Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HzV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 12 Abs. 3); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist.
- der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HzV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 3 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnahmemanagement

- 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. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 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, 16 - 19 und 22. 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 Arzteinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,

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.

4. 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 durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b), Art. 6 Abs. 3 lit. b) i.V.m. §§ 73b, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO verarbeitet.
- 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. 4) 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 Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum 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.
- Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15, Art. 16, Art. 17 Art. 18 und Art. 20 DSGVO im HzV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HzV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen und das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und deren Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit kostenlos 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 „Stammdatensatz“

Nachname




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

Vorname

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

LANR

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

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Bosch BKK (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="text-align: right;">   </div> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 429 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>	
I. Persönliche Daten (*Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)		
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Titel <input type="text"/>	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 zu den Stammdaten, 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 <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"/>
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)		
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)		
<input type="checkbox"/> Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d)		
<input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis		
<input type="checkbox"/> Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.		
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:		
Akupunktur	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Allergologie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Behandlung diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Belastungs-EKG	<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
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	<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
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Kleine Chirurgie	<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
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Palliativmedizin: Teilnahme an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Gesonderter Nachweis der Teilnahme am Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 h)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft

Proktoskopie/Rektoskopie	<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	
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
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
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.*

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)	
Kontoführendes Institut	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

V. Verwaltungskostenpauschale
Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2).

VI. Vertragsbedingungen
Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HZV-Teilnahme
<ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3); • mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können. • ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Verscherteneinschreibung (§ 6), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 4), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; • meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben); • die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide; • Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8 mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung
<ul style="list-style-type: none"> • mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt; • sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt. • ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 11a). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11a Abs. 3); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist. • der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 2 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 1 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; • die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8; • Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

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. 4. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 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, §§ 15 - 18 und 21. 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,

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>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Bayern (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="text-align: center;">  </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 25 553 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
--	--

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Titel	Vorname*	Nachname*
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR*	HÄVG-ID (falls vorhanden)
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)		
<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!)		

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR	Gültig ab (TTMMJJJJ)	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> 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 (bitte auf dem beigegeführten Formblatt angeben)
 Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)
 Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	
Hautkrebsscreening	<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

- von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15 - 18 und 21 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,

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.

4. 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 durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- 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. 4 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 die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum 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 Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungkostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit 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

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

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (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;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p> </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 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>	

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Titel <input type="text"/>	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"/>		

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 <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"/>
E-Mail <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>

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 an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 f)
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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

Akupunktur	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Allergologie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Behandlung diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Chirotherapie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	<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	
Hausärztlich Geriatisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Kleine Chirurgie	<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	
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
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		

Proktoskopie/Rektoskopie	<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	
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
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	<input type="checkbox"/>	durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<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.

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut

BIC Kontoinhaber

IBAN

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2 des HZV-Vertrages).

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HZV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrages);
- mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5 des HZV-Vertrages), zur Verschickeneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß §15 Abs. 4 sowie gemäß dem in § 17 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 10 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 11 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppel- oder Fehlabbrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11 Abs. 3 und 4 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppel- oder Fehlabbrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist. Während meiner Teilnahme an der HZV ist der Lauf der Verjährungsfrist für vorgenannte Ansprüche gehemmt.
- der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 11 Abs. 1 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HZV-Vertrages auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 a des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 a Abs. 4 des HZV-Vertrages;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnehmernmanagement

- 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. 4 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 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, 15, 17, 18 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 Arzteinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,

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.

4. 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 durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- 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. 4 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 die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum 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 Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz

Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit 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

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

<p>Selbstauskunft zum Innovationszuschlag Z1 im TK-HZV-Vertrag</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus</p>	<p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) 01 80 5 - 00 24 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
--	--

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungen*:

<input type="checkbox"/> TI-Dienst - VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) (§ 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V).....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> TI-Dienst - elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES).....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Nutzung HzV-Online-Key und Arztportal.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Angebot einer Videosprechstunde.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Ab 01.04.2020: TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect)	liegt vor seit _____

Alternative:

*Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zu „TI-Dienst – VSDM“: Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 291 (2b) Satz 3 SGB V verpflichtet, je Quartal zu prüfen, ob ein Versicherungsverhältnis mit der TK besteht und damit eine Leistungspflicht vorhanden ist. Dabei soll der zur Anbindung an die TI erforderliche Konnektor auf dem jeweils neusten Stand sein (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein, d.h. eine Anbindung an eine elektronische Patientenakte nach § 291a SGB V Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V ermöglichen. In der Regelversorgung muss zur Dokumentation des Vorliegens der dafür technisch notwendigen Infrastruktur gegenüber der KV ein Prüfprotokoll vorgelegt werden, das die erfolgreiche Verbindung des für die Anbindung an die TI erforderlichen Konnektors in der Regelversorgung dokumentiert. Belegt dieses Prüfprotokoll eine erfolgreiche Verbindung und ist der erforderliche Konnektor ePa-fähig (ab 01.01.2021) bzw. auf dem aktuellsten Stand, darf die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden. Das Protokoll ist auf Nachfrage vorzulegen.
- Zu „TI-Dienst elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES)“: Die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG darf erteilt werden, wenn die folgenden Komponenten einwandfrei funktionieren: die notwendige Hardware, insbesondere eHBA, Kartenterminal für die qualifizierte elektronische Signatur und SMC-B-Karte. Alle dazu notwendigen Softwaremodule im Praxisverwaltungssystem. Anschluss über TI-Konnektor auf dem jeweils neusten Stand (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Der HAUSARZT stellt über einen Provider eine Möglichkeit zur Online-Terminbuchung für Patienten zur Verfügung. Die Auswahl des Providers trifft der jeweilige HAUSARZT. Die Provider müssen folgende Mindestanforderungen erfüllen: Buchung in Echtzeit, Terminbestätigung / -löschung per SMS oder E-Mail, Sicherstellung einer kollisionsfreien Buchung (außer auf Veranlassung des Arztes), Einhaltung der geltenden rechtlichen Vorschriften insbesondere der Regeln des Wettbewerbsrechtes, des SGB, des BDSG und der EU-DSGVO sowie das Arbeitsstättenrecht, der Datenaustausch zwischen der Kalenderressource und dem Webservice des OTB-Service-Anbieters muss verschlüsselt erfolgen, Vorhalten eines Backup- und Recovery-Verfahren. Die TK führt ein Verzeichnis von Providern, die diese Anforderungen erfüllen und an den TK-Ärztelführer angebunden sind. Wurde mindestens ein Termin online gebucht und liegen die technischen Voraussetzungen vor, kann die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden.
- Zu „Angebot einer Videosprechstunde“: Es gelten die Anforderungen nach Anlage 31b BMV-Ä – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Liegen die erforderlichen Voraussetzungen vor und wurde mindestens eine Videosprechstunde mit der TK, ggf. auch im Rahmen des „Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung“, abgerechnet, darf die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden.
- Zu „Nutzung HZV-Online-Key und Arztportal“: Die Anmeldung und regelmäßige Nutzung des unter www.Arztportal.net erreichbaren Arztportals, sowie die verbindliche Nutzung des HOK zur ad-hoc-Prüfung, ob ein Versicherter HZV-Teilnehmer ist, und digitale Übertragung von Teilnehmereinschreibungen an das HÄVG Rechenzentrum, und digitale Übertragung von Abrechnungsdaten an das HÄVG Rechenzentrum regelhaft für jeden Fall.
- Zu „TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect)“: Der Dienst soll den Austausch elektronischer Arztbriefe mit Fachärzten (z.B. eArztbrief) sowie eine sichere elektronische Kommunikation mit Versicherten (z.B. eNachricht) ermöglichen. Der Dienst muss für die Verwendung in der Telematikinfrastruktur durch die Gematik bestätigt worden sein; Abrufbar unter: <https://fachportal.gematik.de/spezifikationen/weitere-anwendungen/>. Folgende Module sind zu implementieren: alle zum Versand notwendigen Softwaremodule, die zum Versand notwendige Hardware, Anschluss über TI-Konnektor auf dem jeweils neusten Stand (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein. Aktuell erfüllt nur der Dienst KV-Connect die notwendigen Funktionen. Sollen die Anforderungen mit einem anderen Dienst als KV-Connect, zum Beispiel KOM-LE, erbracht werden, ist dieser Dienst zu benennen. Wurde mindestens ein elektronischer Arztbrief mit einem Facharzt ausgetauscht und mit der TK abgerechnet und eine elektronische Nachricht übertragen, sind die Voraussetzungen erfüllt. Damit kann die Selbstauskunft "Nutzung von KV-Connect oder einem Äquivalent" gegenüber der HÄVG erteilt werden.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Bayern („SVLFG“) (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.



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 25 424

(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 (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)
- Ich versichere hiermit, dass die Kündigung des LKK-Hausarztvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern fristgerecht (sechs Wochen zum Quartalsende) erfolgt ist.
- Ich versichere hiermit, dass alle hausärztlichen Mitglieder meiner BAG an diesem HZV-Vertrag teilnehmen.
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
- Apparative Mindestausstattung gem. § 3 Abs. 3c).

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| Akupunktur | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Allergologie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Chirotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Doppler-sonografische Druckmessung | <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 | |
| Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment | <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	
Kleine Chirurgie	<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	
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
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		
Proktoskopie/Rektoskopie	<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	
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
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<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.

IV. HzV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut
<input type="text"/>
BIC
<input type="text"/>
Kontoinhaber
<input type="text"/>
IBAN
<input type="text"/>

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 des HzV-Vertrages beträgt 3% von der HzV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,4% von der HzV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HzV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2 des HzV-Vertrages).

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HzV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HzV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3 des HzV-Vertrages);
- mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 3 bis 6 des HzV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HzV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 4 Abs. 4 des HzV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HzV-Vertrages beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HzV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzteverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

2. HzV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzteverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 10 Abs. 1 des HzV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HzV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 11a Abs. 1 des HzV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 2 des HzV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HzV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11a Abs. 3 des HzV-Vertrages); dies gilt auch für die Abrechnung der Pauschale Nr. 97100 des KVB-SVLFG-Hausarztvertrages (§ 11a Abs. 2); insbesondere die Regelung in § 4 Abs. 2 sind mir bekannt; unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist.
- der Hausärzteverband die von der Krankenkasse geleistete HzV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,4 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 7 des HzV-Vertrages;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; **ich stimme einer von dem Hausärzteverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;**

3. Teilnehmernmanagement

- der Hausärzteverband 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 Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15 - 18 und 21 des HzV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;

- der Hausärzteverband 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 Hausärzteverband 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,

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstausskunft). 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 durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- 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. 4) 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 Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum 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 Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,4 % erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit 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 Daten“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

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



DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

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 25 431

(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 (bitte auf dem beigegeführten Formblatt angeben)
- Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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 |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Hautkrebsscreening | <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 | |
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |

Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Akupunktur	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Proktoskopie/Rektoskopie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		
Allergologie	<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.

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut	
BIC	Kontoinhaber
IBAN	

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 15 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages).

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HZV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 2 des HZV-Vertrages);
- mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 4 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 11 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 11 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 13 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 13 Abs. 2 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppelabrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist.
- der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 8 des HZV-Vertrages;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnehmernmanagement

- 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 mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 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, 16 - 19 und 22 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 Arzteinformationssystem - 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 Terminvergäben 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 durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- 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 die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Rechenzentrum 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 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit 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 Angaben“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es **Ihrer Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HZV-Verträgen ist **nicht möglich**.

Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen möglich:

AOK Bayern	BKK	EK Bayern (ohne TK)	Bosch BKK	SVLFG (LKK)	TK	IKK classic
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Persönliche Angaben des angestellten Arztes

Nachname

Vorname

LANR

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Privatanschrift: Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HZV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)

Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig

BSNR:

und bin **nicht** nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als **Sicherstellungsassistent/in** angestellt.

Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft

Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.

Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)

Meldeformular Vertragssoftware



Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Nachname

Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt
<input type="checkbox"/>	Abasoft GmbH	EVA
<input type="checkbox"/>	ABOMED GmbH	ABOMED
<input type="checkbox"/>	Apris Praxiscomputer GmbH	Apris
<input type="checkbox"/>	Äskulap	Äskulap
<input type="checkbox"/>	CoKom One GmbH	Praxis4More
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	ALBIS
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	COMPUMED M1
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	DATA VITAL
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	MEDISTAR
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	TURBOMED
<input type="checkbox"/>	CROSSSOFT. GmbH	PRO X HZV
<input type="checkbox"/>	Data-AL GmbH	Data-AL
<input type="checkbox"/>	Dr. Steinbrecher - Softwareentwicklung	RST-MED Win
<input type="checkbox"/>	Dr. Eissing und Partner	MEDICUSplus
<input type="checkbox"/>	Duria eG	DURIA Classic
<input type="checkbox"/>	Examion GmbH	medibit
<input type="checkbox"/>	Frey ADV GmbH	QUINCY WIN
<input type="checkbox"/>	INDAMED GmbH	MEDICAL OFFICE
<input type="checkbox"/>	InterData Praxiscomputer GmbH	InterARZT
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.comfort (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.concept (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.isynet
<input type="checkbox"/>	MediSoftware	PRAXISPROGRAMM
<input type="checkbox"/>	MEDIVERBUND AG	DOC.STAR
<input type="checkbox"/>	MEDYS GmbH	MEDYS
<input type="checkbox"/>	Neutz GmbH Systemhaus	Pro_Medico
<input type="checkbox"/>	PEGA Elektronik GmbH	PegaMed
<input type="checkbox"/>	Pharmatechnik GmbH & Co. KG	medi10
<input type="checkbox"/>	PRO MEDISOFT AG	PROFIMED
<input type="checkbox"/>	promedico	easymed
<input type="checkbox"/>	RS Datentechnik GmbH	PRISMA-HZV
<input type="checkbox"/>	S3 Praxiscomputer	S3- Win
<input type="checkbox"/>	Schmidt Computersysteme	ARZT2000
<input type="checkbox"/>	Schwerdtner Medizin-Software GmbH	Q-MED
<input type="checkbox"/>	Softland GmbH	E.L.
<input type="checkbox"/>	T2med GmbH & Co KG	T2med
<input type="checkbox"/>	zollsoft GmbH	Tomedo
<input type="checkbox"/>	Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller <input type="text"/>	Vertragssoftware-Produkt <input type="text"/>

Unterschrift Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)