






<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg</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> <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 25 427 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)	
ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!	
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>
HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
II. Praxisanschrift / Betriebsstätte	
BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Praxisname <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 100%;" type="text"/>	
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Konnektor bzw. HZV-Online Key vorhanden <input type="checkbox"/> Teilnahme an der Vertragsschulung (Zertifikat bitte beilegen) <input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag <input type="checkbox"/> Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version	
<p>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen: mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 5 Abs. 3 lit. e des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.</p>	
Sonografie	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person
Dermatoskop	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen
Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen
Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (Nachweis der Landesärztekammer beifügen)	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen

3. Teilnahmemanagement

- die HÄVG / MEDIVERBUND meine Teilnahme an der HZV organisieren und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Sie sind 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. Sie sind insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- sich die HÄVG / MEDIVERBUND zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gem. § 11 Abs. 4 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen dürfen. Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen berechtigt; die HÄVG/ MEDIVERBUND ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- die HÄVG / MEDIVERBUND befugt sind, im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an die HÄVG / MEDIVERBUND oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen;
- ich gem. § 3 Abs. 2 und § 5 Abs. 2 verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT, Breitbandanschluss, zertifiziertes Arztinformationssystem, AIS/Praxis-Softwaresystem, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten.

Hiermit erkläre ich 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

Folgende Datenverarbeitungsvorgänge durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung sind mir bekannt:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG und dem Hausärzterverband sowie durch die HÄVG Rechenzentrum GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b), i.V.m. § 73b SGB V. verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhalten die in Anlage 16 Ziffer V. Abs. 2 des HZV-Vertrages genannten Empfänger Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 4)
- Auch zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat die HÄVG 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 (dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten (§§ 10 bis 15 und Anlage 3 des HZV-Vertrags)) 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 Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 bis 18 und Art. 20 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage (Anlage 16, Abschnitt V) habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband e.V. und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale (3%)**
- Nein, ich bin derzeit weder Mitglied im Hausärzterverband e.V. noch bei MEDI e. V. und zahle den regulären Verwaltungskostensatz (5%)**

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

--

Angaben gemäß „Stammdaten Arzt“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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