

Per Fax an die Managementgesellschaft unter:

01805 - 00 24 25 427

(EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)

Die Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag.

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss ein hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

Stammdaten Arzt (Pflichtangaben)

ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!

Einzelpraxis MVZ

LANR

BSNR

BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Nachname

Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)

Telefon /

PLZ Ort

Fax /

E-Mail

Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgendes Konto überwiesen)

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Notwendige Angaben des HAUSARZTES

Vertragssoftware nicht vorhanden Vertragssoftware vorhanden Konnektor nicht vorhanden Konnektor vorhanden

Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg

Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Zertifikat bitte beilegen) Teilnahme an einer Vertragsschulung ist noch nicht erfolgt

Teilnahme an DMP gemäß Anlage 2 zum Vertrag Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version

Qualifikation zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ durch den HAUSARZT/hausärztlich tätigen Arzt im MVZ

Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ durch mich oder

durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):

Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____

Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ durch mich oder

durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):

Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (bitte Zertifikat beilegen)

Managementgesellschaft (§ 3 Abs. 2)

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111 / von 9:00 bis 17:00

Höhe der Verwaltungskostenpauschale (§ 21)

Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 des Vertrages beträgt 3% von der HzV-Vergütung (§ 19 Abs. 1 des Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e.V. oder des MEDI Baden-Württemberg e. V. wird eine zusätzliche Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % erhoben.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg (AOK) zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt sowie nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an die AOK übermittelt. Diese Daten und die von mir an den Abrechnungsdienstleister übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der HzV-Abrechnung verarbeitet und genutzt.
- Die AOK erhält von dem Abrechnungsdienstleister die vorgenannten Daten zur Prüfung der HzV-Abrechnung.
- Der AOK vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden in pseudonymisierter Form zur Durchführung der Qualitätszirkel (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HzV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Meine durchgeführten und gespeicherten arriba-Beratungen werden versichertenpseudonymisiert und mit Arztbezug verschlüsselt über die Vertragssoftware an ein wissenschaftliches Trustcenter zur Versorgungsforschung übermittelt. Die AOK hat keinen operativen Zugriff auf diese Daten.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK Baden-Württemberg, der HÄVG, des MEDI VERBUNDES, des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg und des MEDI e.V. veröffentlicht.
- Die AOK informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Vertragsteilnahme.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 3 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax/E-Mail erfolgen;
- vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail zugestellt werden können;
- die Nutzung eines Konnektors zur Datenübertragung gemäß der Änderungsvereinbarung vom 15.01.2009 Teilnahmevoraussetzung zum Vertrag ist;
- ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 5), zur Information der HÄVG (§ 6), zur Einziehung der Praxisgebühr (§ 22) im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (§ 28 in Verbindung mit Anlage 15) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe (§ 29) und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 4 bzw. Abs. 5 beendet werden kann;

- mir der Hausärzterverband über www.arztportal.hausaerzterverband.de die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahme-status des Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
 - ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 8 Abs. 3 mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der HÄVG kündigen kann;
 - sich gemäß § 19 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 12 (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die HÄVG richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 19 Abs. 9). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppel- und Fehlabrechnungen gemäß Anlage 12 Abschnitt VIII sind mir bekannt;
 - die HÄVG das von der AOK gemäß § 20 geleistete Honorar weiterleitet, in dem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die Anlage 12 (Vergütung und Abrechnung) bis zum 31. Juni 2011 vereinbart ist und durch Einigung von AOK, HÄVG und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 19 Abs. 2 beschriebenen Verfahrens geändert werden kann; wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 8 Abs. 3 Satz 3;
 - die Laufzeit des Vertrages sich nach § 25 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide, und Vertragsänderungen gemäß dem in § 26 beschriebenen Verfahren möglich sind.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 zum Vertragsbeginn erfüllen und insbesondere über die erforderliche Praxisausstattung (Blutzucker-messgerät, EKG, Spirometer mit FEV1

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

BSNR

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