




<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der GWQ in Ba-Wü (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> <p>Die Einschreibung von Versicherten von weiteren Betriebskrankenkassen ist zusätzlich durch die Teilnahme am „BKK VAG“ HZV-Vertrag möglich.</p>	<div style="text-align: right;">    </div> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 517 (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"/>	
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	
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"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt <input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 i) <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor [besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß § 3 Abs. 3 d)]	
<p>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*: <i>*mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.</i></p> <p>Sonografie Abdomen <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <hr/> <p>Sonografie Schilddrüse <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</p> <hr/> <p>Belastungs-EKG <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <hr/> <p>Psychosomatik <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)</p> <p><input type="checkbox"/> Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV -Ä</p>	

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. 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 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. 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, onlinfähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztsinformationssystem - 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.

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 bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 4) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Ordnungs- 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 Information 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 Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit weder Mitglied im Hausärzterverband noch bei MEDI e. V. und zahle den um 2 % erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IuF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmelde-link in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

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

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