

**Teilnahmeerklärung HAUSARZT**

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

**Bitte beachten Sie:** Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer  
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene  
Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in  
einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung  
zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.)  
Die nachfolgenden Angaben zu Paragrafen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht  
anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG  
Kölner Straße 18  
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

**0711- 21747 699**

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

**I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)**

Frau Herr

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

LANR

HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

**II. Praxisanschrift / Betriebsstätte**

BSNR

Gültig ab (TTMMJJJJ)

Einzelpraxis  BAG  MVZ  ÜBAG  Praxisgemeinschaft

Praxisname (falls vorhanden)

Straße & Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Mobil

**III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)**

- Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg  
 Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt  
 Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 e)

**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.*

Sonografie Abdomen  durch meine Person  durch einen Praxiskollegen  in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse  durch meine Person  durch einen Praxiskollegen  in Gerätegemeinschaft

Psychosomatik  durch meine Person

Hausärztlich Geriatriisches Basisassessment  durch meine Person

Kleine Chirurgie  durch meine Person  durch einen Praxiskollegen

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)  
(gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)



