

Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg 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 Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg MEDI VERBUND AKTIEGESELLSCHAFT MEDI VERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG E.V. Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Kölner Straße 18 70376 Stuttgart Oder einfach per Fax 0711- 21747 699 (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten) ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!	
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 ☐ Praxismgemeinschaft	
Praxisname 	
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 (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) ☐ Konnektor bzw. HZV-Online Key vorhanden ☐ Teilnahme an der Vertragsschulung (Zertifikat bitte beilegen) ☐ Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag ☐ Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version	
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.	
Sonografie ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen	
Psychosomatik ☐ durch meine Person	
Dermatoskop ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen	
Kleine Chirurgie ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen	
Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (Nachweis der Landesärztekammer beifügen) ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen	

