



Versicherteneinschreibung AOK Bayern

HANDLUNGSANLEITUNG

Stand: Juli 2025

Um Ihnen die Einschreibung von AOK-Versicherten in den HZV-Vertrag zu erleichtern, haben wir eine kompakte Schritt-für-Schritt-Anleitung für Sie zusammengestellt.

Folgende Unterlagen benötigen Sie:

- **„Teilnahme- und Datenschutzerklärung“** (Anlage 6 zum HZV-Vertrag)
Diese Teilnahmeerklärungen können Sie direkt aus Ihrer Praxissoftware mit den Versichertendaten ausdrucken. Zudem steht Ihnen die Teilnahme- und Datenschutzerklärung bei den Vertragsunterlagen des HZV-Vertrages AOK Bayern auf unserer [Webseite](#) zur Verfügung.
- **HZV-Beleg 99773**
HZV-Belege erhalten Sie bei Teilnahmebeginn automatisch zugesendet. Diese können Sie jederzeit bei der bei der Vordruck Leitverlag GmbH mittels eines Online-Bestellformulars unter <https://www.vordruckleitverlag.de/hzvby> anfordern

In 5 Schritten zur korrekten Einschreibung:

- 1. Einschreibeberechtigung prüfen**
Einschreibeberechtigt sind alle versicherten Personen, die noch nicht in den HZV-Vertrag der AOK Bayern eingeschrieben sind – unabhängig vom Alter.
- 2. Teilnahmewunsch erfassen und informieren**
Möchte eine versicherte Person an der HZV teilnehmen, informieren Sie sie über das Hausarztprogramm. Händigen Sie die „Teilnahme- und Datenschutzerklärung“ aus und bitten Sie darum, diese sorgfältig zu lesen.
- 3. Unterschriften einholen und Beleg vorlegen**
Nachdem die Unterlagen gelesen wurden, lassen Sie die Teilnahme- und Datenschutzerklärung unterschreiben. Legen Sie zusätzlich den vollständig bedruckten und mit Arztstempel versehenen HZV-Beleg 99773 zur Unterschrift vor.
- 4. Dokumentation und Kopie für die versicherte Person**
Erstellen Sie eine Kopie der unterschriebenen Erklärung und händigen Sie diese der versicherten Person aus. Das Original verbleibt in Ihrer Praxis und muss dort **mindestens zehn Jahre** aufbewahrt werden.
- 5. Belegversand**
Senden Sie die HZV-Belege 99773 regelmäßig an das zuständige Service-Center. Dort erfolgt die zentrale Sortierung, Digitalisierung und Validierung:

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Service-Center für Datentransformation
HZV
Postfach 2013 92218 Amberg



Sobald alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Teilnahme an der HZV für die versicherte Person bestätigt. Informationen zur Neuteilnahme sowie zum jeweiligen Beginn der Teilnahme entnehmen Sie bitte den Informationsbriefen zum Patiententeilnahmestatus.

Bitte beachten Sie die Postlaufzeiten und senden Sie Ihre HZV-Belege **regelmäßig** an die zentrale Stelle der AOK Bayern.

Die aktuellen Einsendefristen finden Sie unter: <https://www.hausaerzte-bayern.de>

Sie haben Rückfragen?

Bei Fragen zum HZV-Vertrag mit der AOK Bayern hilft Ihnen der Kundenservice der HÄVG gerne weiter:

- 02203 / 57 56 11 11
- kundenservice@hzv.de

Oder wenden Sie sich an die Geschäftsstelle des Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes:

- 089 / 127 39 27 30
- vertraege@bhaev.de

Einschreibeunterlagen

dreiseitige **Teilnahme- und Datenschutzerklärung** und **HZV-Beleg 99773**

AOK

Hausarztzentrierte Versorgung Teilnahme- und Datenschutzerklärung 99773

Ich möchte am AOK Hausarztvertrag teilnehmen. Meine gewählte Hausärztin bzw. mein gewählter Hausarzt soll im Hausarztvertrag der AOK Bayern die Lotsenfunktion übernehmen und erste Ansprechperson für medizinische Fragen werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen möchte.

- Ich bin ab Beginn der Teilnahme mindestens 12 Monate an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt gebunden. In dieser Zeit kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund kündigen, z.B. wenn ein gestörtes ärztliches Vertrauensverhältnis oder der ein Wohnortwechsel vorliegt.
- Mir ist bekannt, dass die Kündigungsfrist 3 Monate zum Quartalsende beträgt und eine Kündigung frühestens zum Ende des ersten Teilnahmestadiums erfolgen kann. Wenn ich meine Teilnahme am AOK Hausarztvertrag kündigen möchte, dann muss dies schriftlich erfolgen.
- Meine Teilnahme endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der AOK Bayern endet. Meine Teilnahme endet auch, wenn ich der Weiterführung meiner Teilnahme widerspreche, weil meine gewählte Ärztin bzw. mein gewählter Arzt den Praxisstift verlässt oder die Praxis an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger überlässt. Meine Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Hausarztvertrages begrenzt.
- Ich kann **nicht** teilnehmen, wenn ich die Kostenersatzung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt habe, mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK Bayern in Bezug zu anderen wenn mein Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Treten diese Ausschlussgründe nach Beginn der Teilnahme ein, endet meine Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem dieses Ereignis eintritt.
- Ich wähle meine gewählte Hausärztin bzw. meinen Hausarzt als erste Ansprechperson für medizinische Fragen und Lotsenden durch das Gesundheitswesen und verpflichte mich:
 - Mich an meine Hausärztin bzw. meinen Hausarzt als erste Ansprechperson zu wenden. Dies gilt insbesondere für die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen, die nur mit Überweisung erfolgen dürfen, sowie vor Krankenhausaufweisungen. Hiervon ausgenommen sind ambulante Leistungen der Fachrichtungen der Augen-, Frauen-, Kinder- und Jugendheilkunde sowie die ambulante oder stationäre Notfallversorgung.
 - Im Verdachtsfall eine bzw. einen HZV-Verteilungsarztin bzw. -ärztin aufzusuchen. Bei Nichtbeachtung kann die AOK Bayern meine Teilnahme am Hausarztvertrag beenden. Eine erneute Einschreibung ist danach frühestens nach Ablauf von vier Quartalen möglich. Außerdem habe ich für eventuelle Mehrkosten.

Datenschutz-Erklärung

Zur Gewährung der beschriebenen Leistungen durch die AOK Bayern ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

- Ich habe die „Ergänzende Patienten- und Patienteninformation zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ zur Kenntnis genommen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag bin ich einverstanden und erbinde gleichzeitig die genannten Ärztinnen und Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wichtiger Hinweis:

Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag ist freiwillig. Eine Teilnahme ist damit verbunden, dass Sie ausnahmslos mit **allen** Teilnahme- und Datenschutzbedingungen einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag nicht möglich. Sie erhalten von uns nach Prüfung und Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen mit gesondertem Schreiben Ihren Ausweis zur Vortrage bei Ihrem Hausarzt zugesandt. Bitte beachten Sie, dass Sie erst ab dem im Ausweis genannten Teilnahmestadium an unserem Hausarztvertrag teilnehmen.

Unterschrift Versicherte

Ort, Datum _____

Versichertenunterschrift/Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin (bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung erforderlich)

 Ihre bzw. seine Vergütung

Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern

AOK

99773

Wahst, Vorname des Versicherten _____ gib an

Kostenbeteiligungsart _____

Versicherten-Nr. _____

Status _____

Berufskategorie-Nr. _____ Datum _____

Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich

Unterschrift Versicherte

Datum / Unterschrift des Versicherten/des gesetzlichen Vertreters _____

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die zuständige AOK-Direktion senden.