

Information zu Ihrer Teilnahme an den HzV-Verträgen mit den Betriebskrankenkassen in Bayern

Bitte beachten Sie:

Der Bayerische Hausärzteverband hat sowohl einen HzV-Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft/GWQ ServicePlus AG als auch mit der Bosch BKK abgeschlossen. Bei beiden Verträgen ist eine eigenständige Teilnahmeerklärung Vertragsbestandteil.

Die technische Umsetzung der beiden HzV-Verträge erfolgt in Ihrer Praxissoftware allerdings einheitlich mittels des gemeinsamen HzV-Moduls BKK HzV.

Zur Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit den Betriebskrankenkassen in Bayern sind **beide** nachfolgend aufgeführten Teilnahmeerklärungen auszufüllen und bei der HÄVG AG einzureichen. Die Teilnahme an lediglich einem der beiden nachfolgenden HzV-Verträge ist aufgrund der gemeinsamen technischen Abbildung beider Verträge nicht möglich.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.hausaerzteverband.de sowie www.hausaerztebayern.de. Bei Fragen steht Ihnen die HÄVG unter 0 22 03/57 56 11 11 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr HzV-Service-Team

| | |
|--|---|
| <p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V (HZV-Vertrag) mit den in der Anlage 9 des BKK-HzV-Vertrages in Bayern aufgeführten Krankenkassen</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>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 429 (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"/> | | |
| Titel | Vorname* | Nachname* |
| Geburtsdatum (TTMMJJJJ) | LANR* | HÄVG-ID (falls vorhanden) |
| EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) | | |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis IV.) sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden (wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben vorliegen!) | | |

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

| | | |
|---------------------|----------------------|--|
| BSNR | Gültig ab (TTMMJJJJ) | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt |
| Straße & Hausnummer | | Telefon |
| PLZ | Ort | Telefax |
| E-Mail | | Mobil |

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

Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)
 Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d)
 Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
 Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

| | | | |
|---|---|---|--|
| Akupunktur | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Allergologie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) <u>gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| Chirotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Hautkrebscreening | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Kleine Chirurgie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Langzeit-RR | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Praxisgröße von min. 500 Scheinen | <input type="checkbox"/> | | |
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Proktoskopie/Rektoskopie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |

Teilnahmeerklärung HAUSARZT
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Bosch BKK (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 Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.




HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Zu richten an:
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
 Abt. Vertragsdatenmanagement
 Edmund-Rumpler-Straße 2
 51149 Köln
 Oder einfach per Fax
01805- 00 24 25 429
 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

Titel Vorname* Nachname*

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) LANR* HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis IV.) sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden (wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben vorliegen!)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR Gültig ab (TTMMJJJJ) Einzelpraxis BAG MVZ Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer Telefon

PLZ Ort Telefax

E-Mail Mobil

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

Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)

Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d)

Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

| | | |
|--|---|---|
| Akupunktur | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Allergologie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Chirotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Hausärztlich Geriatisches Basisassessment | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Hautkrebscreening | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Kleine Chirurgie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Langzeit-RR | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |
| Praxisgröße von min. 500 Scheinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Proktoskopie/Rektoskopie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Sonografie Abdomen | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Schilddrüse | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie weiterer Organe oder Organteile | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Uro-Genitalorgane | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |

*** mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.**

| | |
|--|----------------------|
| IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers) | |
| Kontoführendes Institut | |
| <input type="text"/> | |
| BIC | Kontoinhaber |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN | |
| <input type="text"/> | |

Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2).

VI. Vertragsbedingungen

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass

1. HZV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3);
- mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Versicherteneinschreibung (§ 6), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 4), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8 mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 11a). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11a Abs. 3); unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist.
- der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 2 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 1 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnehmemanagement

- 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. 4. 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 14 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, §§ 15 - 18 und 21. 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, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztfachinformationssystem - 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 (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

4. Datenverarbeitung

Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es Ihrer **Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HzV-Verträgen ist **nicht möglich**.

Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HzV-Verträgen möglich:

| AOK Bayern | BKK | EK Bayern (ohne TK) | Bosch BKK | SVLFG (LKK) | TK |
|------------|-----|------------------------|-----------|-------------|----|
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Die Teilnahme für angestellte Ärzte am HzV-Vertrag mit der **IKK classic** ist leider **nicht** möglich.

| | |
|---|----------------------------|
| Persönliche Angaben des angestellten Arztes | |
| Nachname | Vorname |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| LANR | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Privatanschrift: Straße & Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ | Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HzV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich) | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis | <input type="text"/> tätig |
| BSNR: | |
| <input type="text"/> | |
| und bin nicht nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als Sicherstellungsassistent/in angestellt. | |
| Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzterverband. | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzterverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme. | |
| Unterschrift | Datum (TT.MM.JJJJ) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Meldeformular Vertragssoftware



Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Nachname

Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

| Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abasoft GmbH | EVA |
| <input type="checkbox"/> ABOMED GmbH | ABOMED |
| <input type="checkbox"/> Apris Praxiscomputer GmbH | Apris |
| <input type="checkbox"/> Äskulap | Äskulap |
| <input type="checkbox"/> CoKom One GmbH | Praxis4More |
| <input type="checkbox"/> CompuGroup Medical Deutschland AG | ALBIS |
| <input type="checkbox"/> CompuGroup Medical Deutschland AG | COMPUMED M1 |
| <input type="checkbox"/> CompuGroup Medical Deutschland AG | DATA VITAL |
| <input type="checkbox"/> CompuGroup Medical Deutschland AG | MEDISTAR |
| <input type="checkbox"/> CompuGroup Medical Deutschland AG | TURBOMED |
| <input type="checkbox"/> CROSSOFT. GmbH | PRO X HZV |
| <input type="checkbox"/> Data-AL GmbH | Data-AL |
| <input type="checkbox"/> Dr. Steinbrecher - Softwareentwicklung | RST-MED Win |
| <input type="checkbox"/> Dr. Eissing und Partner | MEDICUSplus |
| <input type="checkbox"/> Duria eG | DURIA Classic |
| <input type="checkbox"/> Examion GmbH | medibit |
| <input type="checkbox"/> Frey ADV GmbH | QUINCY WIN |
| <input type="checkbox"/> INDAMED GmbH | MEDICAL OFFICE |
| <input type="checkbox"/> InterData Praxiscomputer GmbH | InterARZT |
| <input type="checkbox"/> medatixx GmbH & Co. KG | x.comfort (medatixx) |
| <input type="checkbox"/> medatixx GmbH & Co. KG | x.concept (medatixx) |
| <input type="checkbox"/> medatixx GmbH & Co. KG | x.isynet |
| <input type="checkbox"/> MediSoftware | PRAXISPROGRAMM |
| <input type="checkbox"/> MEDIVERBUND AG | DOC.STAR |
| <input type="checkbox"/> MEDYS GmbH | MEDYS |
| <input type="checkbox"/> Neutz GmbH Systemhaus | Pro Medico |
| <input type="checkbox"/> PEGA Elektronik GmbH | PegaMed |
| <input type="checkbox"/> Pharmatechnik GmbH & Co. KG | medi10 |
| <input type="checkbox"/> PRO MEDISOFT AG | PROFIMED |
| <input type="checkbox"/> promedico | easymed |
| <input type="checkbox"/> RS Datentechnik GmbH | PRISMA-HZV |
| <input type="checkbox"/> S3 Praxiscomputer | S3- Win |
| <input type="checkbox"/> Schmidt Computersysteme | ARZT2000 |
| <input type="checkbox"/> Schwerdtner Medizin-Software GmbH | Q-MED |
| <input type="checkbox"/> Softland GmbH | E.L. |
| <input type="checkbox"/> T2med GmbH & Co KG | T2med |
| <input type="checkbox"/> zollsoft GmbH | Tomedo |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Unterschrift Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)