

Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Bayern (HzV-Vertrag AOK Bayern) 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) oder im Angestelltenverhältnis in einer Praxis muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ bzw. vom Arbeitgeber unterzeichnet werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich – soweit nicht anders benannt – auf den HzV-Vertrag nebst seinen Anlagen.	Per Fax an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (nachfolgend: HÄVG) für den Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärztinnen- und Hausärzteverband (nachfolgend: BHÄV) 01805 - 00 24 25 552 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)
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 zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift und Betriebsstätte 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 zu Ihren Stammdaten vorliegen!)	
Praxisanschrift / Betriebsstätte	
BSNR Gültig ab (TT.MM.JJJJ) 	
☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) Telefon 	
PLZ Ort Telefax 	
E-Mail Mobil 	
Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 5 des HzV-Vertrages)	
☐ Apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, ggf. hinreichende apparative Ausstattung zur Behandlung und Vorsorge von Kindern unter 15 Jahren, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät).	
☐ Vertragssoftware vorhanden (vgl. § 5 Abs. 1f)	
☐ Gewährleistung eines behindertengerechten Zugangs zur Praxis bzw. einer Versorgung von Behinderten durch die Praxis (vgl. § 5 Abs. 1e)	
☐ Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik durch mich (vgl. § 5 Abs. 1c)	
☐ Fortbildung geriatisches Assessment durch mich; nicht erforderlich bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten (vgl. § 5 Abs. 1c)	
☐ Bestätigung/Genehmigung der KVB über die bestehenden Registrierungen an allen <u>hausärztlich relevanten DMP</u> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma, (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).	
Mir ist bekannt, dass alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 Abs. 1 grundsätzlich bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung erfüllt sein müssen. Für die Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik und die Fortbildung geriatisches Assessment gelten Übergangsfristen von 12 Monaten ab Erhalt der Teilnahmebestätigung. Während der Teilnahme sind alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 insbesondere eine aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma) zu erfüllen (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).	
Ergänzende Angaben des Hausarztes – Qualifikation bzw. entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3):	
Akupunktur (30790, 30791)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (0005D)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Chirotherapie (30201)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-EKG (03322)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Abdominelle Sonografie (33042)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Schilddrüse (33012)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg./ extremitätenversorg. Gefäße (EBM 33060/ 33061)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebscreening (01745 / 01746)	☐ durch meine Person ☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten liegt vor ☐	
(VERAH gem. Anhang 3 zu Anlage 3 gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	

Stand: 01.07.2026

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 BHÄV ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnis (§7 Abs. 1d) sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HzV-Abrechnung (§§ 12 bis 16 und **Anlage 3**).
Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 12 bis 16 des HzV-Vertrages hat der BHÄV nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, 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 AOK Bayern informiert meine HzV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HzV-Vertrag.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HzV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HzV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ Ja, ich bin Mitglied im Hausärztinnen- und Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

☐ Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärztinnen- und Hausärzteverband und zahle den um 2 % erhöhten Verwaltungskostenatz

☐ Ich möchte vom Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzten- und Hausärzteverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, der HSW GmbH, sowie vom Hausärztinnen- und Hausärzten- und Hausärzteverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, der GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH, der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, und dem IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. weitere Informationen, ggf. auch Werbung, per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen der vorgenannten Gesellschaften jederzeit widersprechen bzw. über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

Unterschrift Vertragsarzt / MVZ / Anstellendes
(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Benötigst du Unterstützung bei der Bearbeitung dieser Aufgaben?

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

Empir der Arbeitspraxis IV

Nachname

[illegible][illegible]

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