

Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Bayern (HZV-Vertrag)	 DARMER KKH  hkk KRANKENKASSE  DAK Gesundheit HEK HAUSÄRZTLICHE KRAKENKASSE  Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband  Hausarzt Zentrierte Versorgung
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.	Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 553 (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 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)	
☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ☐ Vertragssoftware bereits vorhanden ☐ Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d) ☐ Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:	
Akupunktur Allergologie Behandlung diabetischer Fuß Belastungs-EKG Chirotherapie CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis Elektrotherapie Hausärztlich Geriatisches Basisassessment Hautkrebsscreening Kleine Chirurgie Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
☐ in Gerätegemeinschaft	

Langzeit-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	☐		
Proktoskopie/Rektoskopie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Psychosomatik	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie Abdomen	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Sonografie Uro-Genitalorgane	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	☐ durch meine Person	☐ 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 erforderlich) ☐			
* 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			
BIC		Kontoinhaber	
IBAN			
V. Verwaltungskostenpauschale			
Die an den Hausärztinnen- und 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 Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärztinnen- und Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2 des HZV-Vertrages).			
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 des HZV-Vertrages); - 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. 4 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 4 des HZV-Vertrages), 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 des HZV-Vertrages beendet werden kann; - ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärztinnen- und 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 mir gegenüber auslösen kann.			
2. HZV-Abrechnung und Vergütung			
- mir der Hausärztinnen- und 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 des HZV-Vertrages 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 des HZV-Vertrages). 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 (§ 12 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages 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 (§ 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages); 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 Hausärztinnen- und Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HZV-Vertrages auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 2 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; - die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages 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. 5c des HZV-Vertrages; - Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu;			
3. Teilnehmemanagement			
der Hausärztinnen- und 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			

