## Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (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.







Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln

	Oder einfach per Fax											
		01805- 00 24 25 445 (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 Angabe		ertrages)										
Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kasse												
Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Form	,	ah mich. Kindar und lugandärste nur DMD Acthona (und S.2 Aha. 2.5)										
Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der V	· ·	ch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 f)										
Definition tengerechter Zugang zur Frans bzw. Gewannerstung der v	ersorgang von beninder	ten dulch de Fraxis										
Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Er	bringung folgender Le	stungen*:										
Sonografie Abdomen	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG/MVZ in Gerätegemeinschaft										
Sonografie Schilddrüse	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG/MVZ in Gerätegemeinschaft										
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG/MVZ										
Hautkrebsscreening	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG/MVZ										
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG/MVZ										
Psychosomatik	durch meine Person											
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	durch meine Person											
Chirotherapie	durch meine Person											
Elektrotherapie	durch meine Person											
Langzeit-EKG	durch meine Person											
Langzeit-RR Belastungs-EKG	durch meine Person											
Kleine Chirurgie	durch meine Person durch meine Person											
Behandlung diabetischer Fuß	durch meine Person											
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	durch meine Person											
Sonografie Uro-Genitalorgane	durch meine Person											

1/3 Stand: 01.05.2018

/ertrag zur Hausarztzer	ntrierten V	ersorgung	gemäß	§ 73b Ab	s. 4 Sat	z 1 SG	B V mit	der TK				An	lage 5	
Akupunktur  Allergologie  Allergologie  Allergologie  Allergologie  Aurch meine Person  Aurch Kollegen aus BAG/MVZ  Aurch Kollegen aus BAG/MVZ  Aurch Kollegen aus BAG/MVZ  Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis  Praxisgröße von min. 500 Scheinen  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.														
cmzemer zerstangen / zuseme	ige relevant.													
IV. HZV-Vergütung soll auf d	as folgende k	Konto überwi	esen werder	n (Angestell	te Ärzte Ko	ntodaten	des Arbe	itgebers)						
Kontoführendes Institut														
BIC			Kontoinh	aber										
IBAN														
V. Verwaltungskostenpausch	ale													
Die an den Hausärzteverband f beträgt 3% von der HZV-Vergüt Die Verwaltungskostenpauscha	ung. Für Nicht	t-Mitglieder de	s Hausärztev	erbandes wi	rd eine Ver	waltungsk	ostenpaus	chale von	weiteren	0,5 % von (	der HZV-\	Vergütun	ng erhobe	
VI. Vertragsbedingungen														
Ich bin umfassend über ( Vertragsbedingungen, auch s									rt und	akzeptier	e ausdri	ücklich	sämtlic	he
1. HZV-Teilnahme							•							
mir vertragsrelevante Mitteilu     ich meine vertraglichen Pflich     (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrag     die Abrechnung und Auszah     bzw. den allgemeinen gesetz     meine Vertragsteilnahme bei     ich selbst meine Teilnahme a     schriftlich oder per Telefax     berechtigt (Faxnummer siehe     die Laufzeit des HZV-Vertrag     Vertragsänderungen aufgrun     Sonderkündigungsrecht mir generatien.	nten als Hausa Jes), zur Inform lung, zur Einh llichen Regelu i Nichterfüllung an dem HZV-V gegenüber de e oben); ges sich nach ! d eines Schie- gegenüber aus	arzt insbesond mation der HÄ haltung und Ge ungen zu erfüll g meiner vertra gemäß em Hausärzter § 15 richtet, widsspruches ge	ere zur Erbrir VG über Änder Währleistungen habe; aglichen Pflic § 5 Abs. 1 de verband kün	ngung besonderungen, die gerungen, die gerärztlich hten unter de es HZV-Vertredigen kann.	derer HZV- für meine en Schweig en Vorauss ages mit ein Die HÄVG s dem HZV-	Leistunger Teilnahme gepflicht un etzungen en ner Frist von ist zur E	n (§ 3 Abs. e an der H nd der ges des § 5 Ab on drei Mo intgegenna usscheide	. 2 bis 5 de ZV relevar setzlichen I ss. 3 des H naten zum ahme der	nt sind (§ Datensc ZV-Vert Quartal: Kündigu	§ 4 Abs. 3 d hutzvorschri rages beend sende oder i ngserklärun	es HZV-V iften nach det werder aus wichti g für den	/ertrages n der Bei n kann; igem Gru n Hausäi	s), sowie rufsordnu unde frist rzteverba	für ung tlos and
2. HZV-Abrechnung und Verg														
mir der Hausärzteverband por der bei mir eingeschriebener     sich gemäß § 10 Abs. 1 des erbrachten und fristgerecht a verjährt (§ 10 Abs. 2 des HZ' ausgewiesen ist beginnt.     ich Überzahlungen zurückza Schadensersatzansprüchen und 4 des HZV-Vertrages ist Fehlabrechnung entstandene 6 des HZV-Vertrages); unber vertraglicher oder gesetzliche vorgenannte Ansprüche gehe der Hausärzteverband die vor Abs. 1 des HZV-Vertrages auf das of Kenntnis genommen;     die Anlage 3 (Vergütung und werden können. Wenn sich onach § 10 a Abs. 4 des HZV-Leistungsergänzungen bzw.	n Versicherten HZV-Vertrage ibgerechneten V-Vertrages). I hlen und zu vider Krankenke mir bekannt; ren und festgesrührt bleibt hie er Pflichten de emmt. on der Kranker eauftragt hat, übben benannted Abrechnung) diese Änderung-Vertrages;	gem. Anlage is in Verbindur in Leistungen in Leistung in Leist	4 zur Verfüging mit Anlagegen die Kratt, dass die Vobschlagszah el- oder Fehlit, dass die Kratt en mit meine ndmachung en Hausarzt ete HZV-Verweiterzuleite eist. Die Höhng der Vertralließlich zu mit die Riecht zu mit die Riecht zu mit mit die Riecht zu mit die Rie	ung stellt; 2 mein vertinkenkasse ri lungen erstat abrechnunger arankenkasse ri HZV-Vergü eines darübe es entstande gütung gemä n, indem sie ie der Verwal gspartner na eeinen Gunst	raglicher Ar chtet und d st mit Zugar ten muss (en von HZV berechtigt tung in dem er hinaus ge n ist. Währ ß § 12 Abs diese untei tungskoste ch Maßgaben auswirkt	isspruch au ieser Ansing meines § 11 AbsLeistungrist, Überzan auf eine henden Send meine. 3 des HZ Abzug de npauscha ee des in § und ich d	uf Zahlung pruch auf 2 s Abrechnu 5 des HZV en gegenü ahlungen, I Zahlungsa Schadens, o er Teilnahn ZV-Vertrag er von mir : ale (3 % für	der HZV-V Zahlung de ingsnachwi /-Vertrages ber der Ka Erstattungs iufforderun der den Ve ne an der H es entgege zu tragend Mitglieder HZV-Vertra einverstan	/ergütun r HZV-V eises in s). Die M ssenärz sansprüc g folgen rtragspa HZV ist c ennimmt en Verw , weitere den bin,	g für die vor 'ergütung na dem der HZ löglichkeit von tlichen Vere che und eine den Quartal artnern infolg der Lauf der und das Re altungskost e 0,5 % für N schriebenen habe ich ein	n mir vertra ach Ablaul VV-Vergütt on inigung green durch I een zu verrige sonstig Verjährur eechenzent enpausch Jicht-Mitgl	ragsgem if von 12 ungsans emäß § Doppel- rrechnen ger Verle ngsfrist fi trum gen lale gem lieder) ha	äß Monater pruch  11 Abs. 3 oder (§ 11 Ab tzungen ür näß § 11 äß § 14 abe ich z dert ngsrecht	a as.
Hausärzteverband und der K	(rankenkasse i	nach billigem l	Ermessen be	estimmten no	twendigen	Folgeanpa	assung des	s EBM-Ziffe	erkranze	s bereits jet	zt zu;			

## 3. Teilnahmemanagement

- der Hausärzteverband 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 4 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15, 17, 18 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband 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 Hausärzteverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.
- ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem 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

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 Hausärzteverband sowie durch die HÄVG RZ GmbH 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 Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme
  an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§4 Abs. 4 des HZVVertrages) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages und
  Anlage 3).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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 Krankenkasse 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 Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale

Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz

Ja. ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft. HÄVG Hausärztliche

		tbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.
Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich; bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG
Angaben gemäß "Persönliche Daten"		
Nachname	Vorname	

9-		9	,,,-		•																							
Nachname										Vorname																		
.ANR																												

3/3 Stand: 01.05.2018