

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit dem BKK LV Süd in Baden-
Württemberg (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.

Die Einschreibung von Versicherten von weiteren Betriebskrankenkassen ist zusätzlich durch die Teilnahme am „BKK GWQ“ HZV-Vertrag möglich.



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax

0711- 21747 699

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: praxisberatung@haevbw.de

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

☐ ☐

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

LANR

HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR

Gültig ab (TTMMJJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ ÜBAG ☐ Praxisgemeinschaft

Praxisname (falls vorhanden)

Straße & Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Mobil

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 5 des HZV-Vertrages)

- ☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
☐ Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt
☐ Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 5 Abs. 2 f)
☐ Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor (besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß § 5 Abs. 3 d)

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

*** mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.**

Sonografie Abdomen ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen ☐ in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen ☐ in Gerätegemeinschaft

Kleine Chirurgie ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen

Psychosomatik ☐ durch meine Person

☐ **Shared-Decision-Making**

Vorhaltung und bedarfsgerechte Anwendung der arriba Module Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale

4. Datenverarbeitung

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzteverband sowie von der jeweiligen Krankenkasse und deren Dienstleister ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet, wie in Anlage 12 beschrieben. Der Hausärzteverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 12 benannten Zwecken.
- 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 bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 10 Abs. 1 g) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 16 des HZV-Vertrages und Anlage 3). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 16 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art 28 DSGVO die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, 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 die HÄVG 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 (Anlage 11), habe ich zur Kenntnis genommen.

- ☐ Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- ☐ Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und/oder MEDI e. V. und zahle den um 2% erhöhten Verwaltungssatz
- ☐ Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) e.V., GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen der vorgenannten Gesellschaften jederzeit widersprechen bzw. über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

--	--

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

--	--

[illegible][illegible]

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