

### Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung  
gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Knappschaft 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.



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG  
Kölner Straße 18  
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

**0711- 21747 699**

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: [praxisberatung@haevbw.de](mailto: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. § 3 des HZV-Vertrages)

- ☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg  
☐ Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt  
☐ Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 e)

### 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

**Psychosomatik** ☐ durch meine Person

**Hausärztlich Geriatisches Basisassessment** ☐ durch meine Person

**Kleine Chirurgie** ☐ durch meine Person ☐ durch einen Praxiskollegen



[illegible]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

[illegible][illegible]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|