

Per Fax an die Managementgesellschaft unter:
01805 - 00 24 25 427
 (EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)
 Die Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag.

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten Arzt **ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ		LANR	BSNR	BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname		Vorname		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)			Telefon	
<input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/>	
PLZ	Ort	Fax		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>		

Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgendes Konto überwiesen)

BLZ	Kreditinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Notwendige Angaben des HAUSARZTES

<input type="checkbox"/> Vertragssoftware nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Vertragssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Konnektor nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Konnektor vorhanden
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Zertifikat bitte beilegen)	<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist noch nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP gemäß Anlage 2 zum Vertrag			
<input type="checkbox"/> Qualifikation gemäß bundesmantelvertraglicher Regelung zur Verordnung von Leistungen zur med. Rehabilitation durch den HAUSARZT/hausärztlich tätigen Arzt im MVZ			
<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden (Kinder- und Jugendärzte müssen diese Qualifikation nicht erbringen)			
<input type="checkbox"/> Qualifikation zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ durch den HAUSARZT/hausärztlich tätigen Arzt im MVZ			
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ durch mich <u>oder</u>			
<input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):			
Name: _____		Vorname: _____	
BSNR: _____		LANR: _____	
<input type="checkbox"/> Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ durch mich <u>oder</u>			
<input type="checkbox"/> durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):			
Name: _____		Vorname: _____	
BSNR: _____		LANR: _____	
<input type="checkbox"/> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (bitte Zertifikat beilegen)			
<input type="checkbox"/> In meiner Praxis ist ein Dermatoskop vorhanden.			

Managementgesellschaft (§ 3 Abs. 2)

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111

Höhe der Verwaltungskostenpauschale (§ 21)

Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 des Vertrages beträgt 3% (inkl. gesetzl. USt.) von der HzV-Vergütung (§ 19 Abs. 1 des Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg e.V. oder des MEDIS Baden-Württemberg e.V. wird eine zusätzliche Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % erhoben.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg (AOK) zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt sowie nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an die AOK übermittelt. Diese Daten und die von mir an den Abrechnungsdienstleister übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der HzV-Abrechnung verarbeitet und genutzt.
- Die AOK erhält von dem Abrechnungsdienstleister die vorgenannten Daten zur Prüfung der HzV-Abrechnung.
- Der AOK vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden in pseudonymisierter Form zur Durchführung der Qualitätszirkel (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HzV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Meine durchgeführten und gespeicherten arriba-Beratungen werden versichertenpseudonymisiert und mit Arztbezug verschlüsselt über die Vertragssoftware an ein wissenschaftliches Trustcenter zur Versorgungsforschung übermittelt. Die AOK hat keinen operativen Zugriff auf diese Daten.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK Baden-Württemberg, der HÄVG, des MEDIVERBUNDES, des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg und des MEDI e.V. veröffentlicht.
- Die AOK informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Vertragsteilnahme.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 3 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
 - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
 - die Nutzung eines Konnektors zur Datenübertragung gemäß der Änderungsvereinbarung vom 15.01.2009 Teilnahmevoraussetzung zum Vertrag ist;
 - ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 5), zur Information der HÄVG (§ 6), zur Einziehung der Praxisgebühr (§ 22) im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (§ 28 in Verbindung mit Anlage 15) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsdordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe (§ 29) und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 4 bzw. Abs. 5 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 8 Abs. 3 mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der HÄVG kündigen kann;
 - sich gemäß § 19 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 12 (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abrechneten Leistungen gegen die HÄVG richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 19 Abs. 9). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppel- und Fehlabbrechnungen gemäß Anlage 12 Abschnitt VIII sind mir bekannt;

- die HÄVG das von der AOK gemäß § 20 geleistete Honorar weiterleitet, in dem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die Anlage 12 (Vergütung und Abrechnung) bis zum 31. Juni 2011 vereinbart ist und durch Einigung von AOK, HÄVG und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 19 Abs. 2 beschriebenen Verfahrens geändert werden kann; wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 8 Abs. 3 Satz 3;
 - die Laufzeit des Vertrages sich nach § 25 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide, und Vertragsänderungen gemäß dem in § 26 beschriebenen Verfahren möglich sind.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 zum Vertragsbeginn erfüllen und insbesondere über die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung; onlinefähige IT (DSL/ISDN); Praxis-EDV (AIS); Fax) verfügen werde und meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des HAUSARZTES“ (s.o.) zutrifft. Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;"> <p style="margin: 0;">Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ</p> </div> <div style="margin-left: 300px;"> <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> </div>									<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;"> <p style="margin: 0;">Stempel der Arztpraxis</p> </div>

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

BSNR

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