

Teilnahmeerklärung Hausarzt
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Hessen (HZV-Vertrag)



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG



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; bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Arzt unterschrieben 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
Kundenservice: 0220357561111

Oder einfach per Fax

01805- 00 24 25 558
(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*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR*	HÄVG-ID (falls vorhanden)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 V.) 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einzelpraxis BAG MVZ Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ	Ort	Telefax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail

Mobil

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

- Vertragssoftware** bereits vorhanden (Teilnahmevoraussetzung vom 01.04.2013 an, vgl. § 3 Abs. 2d), (bitte auf beigefügtem Formblatt angeben)
- Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, COPD, [Asthma]) (gemäß § 3 Abs. 3f) Teilnahmevoraussetzung ab 01.10.2013) (Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma)

IV. Ergänzende Angaben des Hausarztes - Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3)*:

- Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung „**Psychosomatik**“ liegt in meiner Person vor (vgl. § 3, Abs. 3e)
- Erbringung der Leistung „**kleine Chirurgie**“

<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ
---	---
- Sonografie Abdomen**

<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ
---	---
- Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut**

<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ
---	---
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Frau**

<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ
---	---

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH, Anhang 4 zu Anlage 3) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERA erforderlich)

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

** Ein Hausarzt, der einen Säugling einschreibt, muss zusätzlich obligatorisch die Sonografie der Säuglingshüfte vornehmen, soweit medizinisch erforderlich.

Meldeformular Vertragssoftware

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Nachname

Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt
<input type="checkbox"/>	Abasoft GmbH	EVA
<input type="checkbox"/>	Apris Praxiscomputer GmbH	Apris
<input type="checkbox"/>	Äskulap	Äskulap
<input type="checkbox"/>	CoKom One GmbH	Praxis4More
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	ALBIS
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	COMPUMED M1
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	DATA VITAL
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	MEDISTAR
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	TURBOMED
<input type="checkbox"/>	CROSSSOFT. GmbH	PRO X HZV
<input type="checkbox"/>	Data-AL GmbH	Data-AL
<input type="checkbox"/>	Dr. Steinbrecher - Softwareentwicklung	RST-MED Win
<input type="checkbox"/>	Dr. Eissing und Partner	MEDICUSplus
<input type="checkbox"/>	Duria eG	DURIA Classic
<input type="checkbox"/>	Examion GmbH	medibit
<input type="checkbox"/>	Frey ADV GmbH	QUINCY WIN
<input type="checkbox"/>	INDAMED GmbH	MEDICAL OFFICE
<input type="checkbox"/>	InterData Praxiscomputer GmbH	InterARZT
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.comfort (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.concept (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.isynet
<input type="checkbox"/>	MediSoftware	PRAXISPROGRAMM
<input type="checkbox"/>	MEDIVERBUND AG	DOC.STAR
<input type="checkbox"/>	MEDYS GmbH	MEDYS
<input type="checkbox"/>	Neutz GmbH Systemhaus	Pro_Medico
<input type="checkbox"/>	PEGA Elektronik GmbH	PegaMed
<input type="checkbox"/>	Pharmatechnik GmbH & Co. KG	medi10
<input type="checkbox"/>	PRO MEDISOFT AG	PROFIMED
<input type="checkbox"/>	promedico	easymed
<input type="checkbox"/>	RS Datentechnik GmbH	PRISMA-HZV
<input type="checkbox"/>	S3 Praxiscomputer	S3- Win
<input type="checkbox"/>	Schmidt Computersysteme	ARZT2000
<input type="checkbox"/>	Schwerdtner Medizin-Software GmbH	Q-MED
<input type="checkbox"/>	Softland GmbH	E.L.
<input type="checkbox"/>	T2med GmbH & Co KG	T2med
<input type="checkbox"/>	zollsoft GmbH	Tomedo
<input type="checkbox"/>	Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller <input type="text"/>	Vertragssoftware-Produkt <input type="text"/>

Unterschrift Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)