

Teilnahmeerklärung HAUSARZT
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic (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; 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

Oder einfach per Fax

01805- 00 24 25 431

(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 Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

- Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigegeführten Formblatt angeben)
- Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| Akupunktur | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Allergologie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Chirotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Hausärztlich Geriatriisches Basisassessment | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Hautkrebsscreening | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Kleine Chirurgie | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Langzeit-RR | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |

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)