

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (HZV-Vertrag)</p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> 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.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p> </div>
<p><b>Zu richten an:</b></p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p><b>01805- 00 24 25 445</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>	

**I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)**

Frau Herr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Vorname* <input style="width: 150px;" type="text"/>	Nachname* <input style="width: 200px;" type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/>	LANR* <input style="width: 100px;" type="text"/>	HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 100px;" type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 200px;" type="text"/>		

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 <input style="width: 150px;" type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input style="width: 250px;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 150px;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 80px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 150px;" type="text"/>
E-Mail <input style="width: 250px;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 150px;" type="text"/>	

**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 beigefügten 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 f)
- 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 Geriatisches 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
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		





## Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es Ihrer **Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HzV-Verträgen ist **nicht möglich**.

**Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HzV-Verträgen möglich:**

AOK Bayern	BKK	EK Bayern (ohne TK)	Bosch BKK	SVLFG (LKK)	TK
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Die Teilnahme für angestellte Ärzte am **HzV-Vertrag** mit der **IKK classic** ist leider **nicht** möglich.

<b>Persönliche Angaben des angestellten Arztes</b>	
Nachname	Vorname
LANR	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Privatanschrift: Straße & Hausnummer	
PLZ	Ort
<b>Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HzV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)</b>	
Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig	
BSNR:	
und bin <b>nicht</b> nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als <b>Sicherstellungsassistent/in</b> angestellt.	
<b>Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft</b>	
Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.	
Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.	
Unterschrift	Datum (TT.MM.JJJJ)

# Meldeformular Vertragssoftware



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

## Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR
Nachname		Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

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

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

**Stammdaten Arzt**

HÄVG-ID	LANR	BSNR
«HAVG ID»	«LANR»«FG_CODE»	«TUELLEBSNR»
Titel	Nachname	Vorname
«TITEL»		«VORNAME»

**Hiermit bestätige ich...**

... das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making

... das Vorliegen folgender Infrastrukturmerkmale\*:

<input type="checkbox"/> Qualitätssiegel nachhaltige Praxis	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)		
<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	
<input type="checkbox"/> Teilnahme am VorsorgePlaner + Elektronische Kommunikation per KIM	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)		
	KIM-Adresse		
<input type="checkbox"/> Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	
<input type="checkbox"/> Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	

\* Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 erfüllt sind:

- Zu „Qualitätssiegel nachhaltige Praxis“: Vorhalten eines gültigen Qualitätssiegels Nachhaltige Praxis e. V. durch das Aqua-Institut.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Bereitstellung einer relevanten Anzahl von online buchbaren Terminen je Monat durch einen dieser Provider: Betty24, Cgm life eServices, docCirrus, doctena, Doctolib, Dubidoc, eTermio, Jameda, Medorganizer, Samedi, Termin-Modul der PraxisApp „Meine hausärztliche Praxis“, Terminiko/Terminico, Terminland, Termed, arzt-direkt (Tomedo), x.webtermin. Sollte Ihr Anbieter nicht dabei sein, geben Sie diesen bitte an. Wir prüfen, ob er die Kriterien erfüllt.
- Zu „Teilnahme am Vorsorgeplaner + Elektronische Kommunikation per KIM“: Mit der Angabe verpflichtet sich der HAUSARZT, Patienten, die einen Rückrufwunsch zu einem Vorsorge- oder Impftermin dokumentieren, innerhalb von zwei Arbeitstagen maximal zweimal anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Die Liste mit den Rückrufwünschen erreicht die Praxen über das reguläre KIM-Postfach des PVS. Zusätzlich erklärt der HAUSARZT mit der Angabe dieses Punktes, Arztbriefe und andere Dokumente im digitalen Format über die KIM-Schnittstelle der TI mit anderen Leistungserbringern auszutauschen.

- Zu „Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein PVS-Modul zur AMTS vor. In diesem werden alle Arzneimittelverordnungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen. Bei jeder Änderung und/oder Neuverordnung eines Arzneimittels wird automatisiert auf die Risiken der Arzneimittelverordnung geprüft. Dem HAUSARZT wird dann im PVS angezeigt, dass ein Risiko im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit vorliegen könnte. Das AMTS-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Interaktions-Check, Prüfung auf Doppelmedikation, eine Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen (PIM) bspw. PRISCUS-Liste. Zugelassene Provider: ABDamed<sup>2</sup>, THERAFOX PRO, IFAP, MMI-AMTS-Service.
- Zu „Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein digital gestütztes Impfmanagementsystem vor. In diesem werden Impfungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen, sofern technisch möglich und das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt. Das Impfmanagement-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Überprüfung des Impfstatus nach STIKO-Indikationen, automatische Erstellung von Impfplänen, integriertes Patienteninformationssystem (Merkblätter, Atteste, Aufklärung), Integration aller marktgängigen Impfstoffe sowie Lagerhaltung und Rezeptschreibung. Zugelassene Provider: ImpfDocNE, X.Impfen.

Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Stempel der Arztpraxis