

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK PLUS (HZV-Vertrag)</p> <p>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.</p>	<div style="text-align: right;">     </div> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 422 (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: 50px;" type="text"/> Vorname* <input style="width: 150px;" type="text"/> Nachname* <input style="width: 200px;" type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 60px;" type="text"/> LANR* <input style="width: 100px;" type="text"/> HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 60px;" type="text"/>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 150px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 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: 100px;" type="text"/> Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 80px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input style="width: 200px;" type="text"/> Telefon <input style="width: 150px;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 60px;" type="text"/> Ort <input style="width: 150px;" type="text"/> Telefax <input style="width: 150px;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 250px;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 200px;" type="text"/>	
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigelegten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten DMP</u> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 b) <input type="checkbox"/> 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 Geriatrisches 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	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft

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
Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)