

HZV-Erklärung HAUSARZT
zum Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ mit
der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland vom 05.05.2020

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene HZV-Erklärung einreichen, da der Patient nur von seinem Betreuarzt eingeschrieben werden kann (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 bezeichnet, auf die Anlage 3a (Basisversorgung Chroniker) des Rahmenvertrags gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V.



HAUSÄRZTEVERBAND
RHEINLAND-PFALZ E.V.



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Abt. Vertragsdatenmanagement
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Oder einfach per Fax

0180- 500 24 25 425

(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 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)
<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)

- Zulassung und Vertragsarztstz 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
- 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 | |

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“

Datenverarbeitung

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband ausschließlich zur Durchführung des Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“ und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderlichen Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnisses sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur Abrechnung (Anhang 3 des Versorgungsmoduls).
- zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anhang 3 des Versorgungsmoduls hat der Hausärzterverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln beauftragt;
- Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befugt, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses Versorgungsmoduls „Basisversorgung Chroniker“ erbrachten Leistungen einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der Hausarzt-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.
- Die Krankenkasse informiert meine im Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“ eingeschriebenen Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „Basisversorgung Chroniker“
- Meine Informationsrechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO in der Anlage 3a (Basisversorgung Chroniker) des Rahmenvertrags gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TTMMJJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

--

Angaben gemäß „Persönliche Daten“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

BSNR

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



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)