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.







Zu richten an:

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

Ot												Oder einfach per Fax																									
												0180- 500 24 25 425 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)																									
I. P	I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)																																				
Frai	u Herr																																				
Titel						V	ornan	ne*_													Nach	name	k														
Geb	urtsda	tum (TTMN	IJIJIJ)	ı	1 1	LA	\NR*	-		-	-	_			_			ſ	HÄV	G-ID (f	alls v	orha	nden)	1	_									
EFN	(Einh	eitlich	e For	tbildu	ngsnı	umme	r falls	vorha	anden	n)																											
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!)													I																								
II. F	raxis	ansc	hrift	/ Bet	riebs	stätt	e																														
BSN	R]												Gülti	ig ab (TTMI	MJJJ	J)					1							
□ ∈	☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt																																				
Straf	3e & F	lausn	umme	er																	Tele	fon				1									7		
D. 7																					T.1																
PLZ]			Or	rt												reie	efax															
E-Ma	ail				_						•					,		,	•	,					•					•	•						
	AII																																				
Mob	il																																				
JH.	Teilna	ahme	vora	usse	tzun	gen 8	gaf	. verd	gütun	nasre	levan	te Ar	ngabe	n (a	em. 8	3 de	s H	ZV-V	ertra	ages	(c)																
]										_	Bezirk		_		_				J. L.	_903	,																
		_			•			•			beziik beigefü						SII II(gung																			
=		•						•			iabete	•			•)PD)) dur	ch m	nich																	
_											ährleis	٠.						•			h die	Praxi	s														
			ınd e	ntsp	rech	ende	Aus	stattı	ung n	neine	er Prax	cis u	nd Er	_ `		_				_																	
	punk																					durch Kollegen aus BAG / MVZ															
	rgolo 	-				•								=	durch					=		h Koll	•														
	andlu	_		isch	er Fu	113								=	durch							h Koll	-						_	in Gerätegemeinschaft							
	stun	_	٨G											=	durch					_		h Koll	-						L	_ ir	n Ge	erät	eger	neins	chaft	i	
	other	-	arfal	ren	hirn	orea	ra /	ovtro	mität	anva	ersorg	Gof	-Aë	=	durch					_		h Koll	-														
	etolo						-				_	. Gei	ant	_	durch					_		h Koll	•														
	etolo	_												\Box	durch	mein	e Pe	erson			durc	h Koll	egen	aus	BAG	6 / M	٧Z										
Elek	Elektrotherapie								durch	mein	е Ре	erson			durc	h Koll	egen	aus	BAG	6 / M	٧Z																

1/3 Stand: 05.05.2020

Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Rheinland/Pfalz/Saarland

	_
Anhana:	۰

Have Fortish Consistence Designation	\neg		
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Kleine Chirurgie	durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Langzeit-EKG	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen		_	
Proktoskopie/Rektoskopie	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Psychosomatik	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie Abdomen	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	in Gerätegemeinschaft
Sonografie Uro-Genitalorgane	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VER/ gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VER/ erforderlich) * mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen eir Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.	AH an		
IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiese	n werden (Angestellte Ärzte Konto	odaten des Arbeitgebers)	
Kontoführendes Institut			
BIC	Kontoinhaber		
IBAN			
Verwaltungskostenpauschale (§ 1 Abs. 9 des Anhangs 3 des Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrev Versorgungsmoduls beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird dur 3 des Versorgungsmoduls).	chnung der HZV-Vergütung zu zahl Nicht-Mitglieder des Hausärzteverb	andes wird eine Verwaltungskostenpaus	schale von weiteren 2% von der HZV-
Vertragsbedingungen			
Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertra auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insb		es informiert und akzeptiere ausdrückl	lich sämtliche Vertragsbedingungen,
Teilnahme am Versorgungsmodul			
meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungs	sschreibens über die Vertragsteilnah	me (auch per Telefax) beginnt (§ 3 Abs.	1);
vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail zugestell ich per in der Britische Britische auch der Britische auch de	lt werden können.	-turner (8 0) -ur Vi-btib	::
ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbeson HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme am V			
ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datensc	chutzvorschriften nach der Berufsord	nung bzw. den allgemeinen gesetzlicher	Regelungen zu erfüllen habe;
ich selbst meine Teilnahme an dem Versorgungsmodul ich selbst meine Teilnahme an dem Versorgungsmodul ich selbst meine Teilnahme an dem Versorgungsmodul			
gegenüber dem Hausärzteverband kündigen kann. Die oben):	HAVG ist zur Entgegennahme der i	Kundigungserklarung für den Hausarzte	verband berechtigt (Faxnummer siene
die Laufzeit des Versorgungsmoduls sich nach § 5 richte	et, wenn ich nicht vorzeitig aus dem \	/ersorgungsmodul ausscheide.	
Abrechnung und Vergütung			
mir der Hausärzteverband über <u>www.arztportal.net</u> die Teilnahmestatus des Versicherten gem. § 2 Abs. 3 und A sich gemäß § 1 Abs. 5 des Anhangs 3 des Versorgung fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Kranke	Abs. 4 des Anhangs 3 des Versorgur gsmoduls mein vertraglicher Anspru	ngsmoduls zur Verfügung stellt; ch auf Zahlung der Vergütung für die v	on mir vertragsgemäß erbrachten und
dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnun			on 12 monaten verjanit. mii ist bekannt,

- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss; unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist.
- der Hausärzteverband die von der Krankenkasse geleistete Vergütung gemäß § 1 Abs. 7 des Anhangs 3 des Versorgungsmoduls entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 1 Abs. 4 des Anhangs 3 des Versorgungsmoduls beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden . Verwaltungskostenpauschale gemäß § 1 Abs. 9 des Anhangs 3 auf das oben benannte Konto überweist.
- sofern innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung Leistungsänderungen gemäß §§ 87 ff. SGB V erfolgen, verhandeln die Vertragspartner, ob und wie diese Leistungen im EBM-Ziffernkranz (Anhang 2 des Versorgungsmoduls) berücksichtigt werden. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Anpassungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 2 des Versorgungsmoduls) aufgrund dieser Regelung stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

Teilnahmemanagement

- der Hausärzteverband meine Teilnahme am Versorgungsmodul "Basisversorgung Chroniker" organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses Versorgungsmoduls "Basisversorgung Chroniker" zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband ist befugt im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzteverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.
- meine Erklärung zu "Stammdaten Arzt/Praxis" (siehe oben) zutrifft.
 Grundlage und Voraussetzung für meine Teilnahme sind meine verbindlichen Angaben in dieser Teilnahmeerklärung (Selbstauskunft).

Nachname

LANR

Anhang 5

mit der AOK Rheinland/Pfalz/Saarland 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 Hausärzteverband 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 Hausärzteverband 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 Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich; Datum (TTMMJJJJ) bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich) Angaben gemäß "Persönliche Daten"

Vorname

BSNR

3/3 Stand: 05.05.2020

Meldef	formula	ar Vert	ragss	oft	war	9					E						rztli nscł		
Stammda	iten Arzt																		
HÄVG-ID				LAN	R						BSNF	R							
										li	30.11	Ì					٦		
										ļ									
Nachname)			1 1			Vorna	me		1 1									_
Bitte kreu	zen Sie die	in Ihrer P	raxis ver	wend	lete Ve	ertrags	softwar	e an:											
Ver	rtragssoftw	/are-Herste	eller				Vertr	agsso	oftwai	re-P	rodu	kt							
	asoft GmbH						EVA												
Apr	ris Praxisco	mputer Gm	bH				Apris												
	kulap						Äsku												
	Kom One G							s4Mor	e										
	mpuGroup I						ALBIS												
	mpuGroup I							PUME											
	mpuGroup I mpuGroup I							NITA ISTAR											
	mpuGroup I							30ME											
	OSSSOFT.		utscriiario	AG				X HZ\											
	ta-AL GmbF						Data-		v										
	Steinbrech		reentwick	duna				MED	Win										
_	Eissing und			9				CUS											
	ria eG							A Cla											
Exa	amion Gmbl	Н					medi	oit											
Fre	y ADV Gmb	эΗ						ICY W											
	DAMED Gm							ICAL (OFFIC	Œ									
	erData Praxi						Inter/												
	datixx Gmb							nfort (r											
	datixx Gmb							cept (meda	tixx)									
	datixx Gmb	H & Co. KC	<u> </u>	x.isynet															
	diSoftware	ID 40		PRAXISPROGRAMN DOC.STAR							/I								
	DIVERBUN DYS GmbH						MED		<u> </u>										
_	utz GmbH S							Medico											
	GA Elektror		•				Pega		J										
	armatechnik					medi													
	O MEDISOI		JO. 110					IMED)										
	medico						easyr												
	Datentechr	nik GmbH						MA-H	ZV										
☐ S3	Praxiscomp	outer					S3- V												
	nmidt Comp						ARZ	2000											
	nwerdtner M		ware Gr	nbH			Q-ME	D											
	tland Gmbl						E.L.												
	ned GmbH		T2me																
	zollsoft GmbH Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller							Tomedo Vertragssoftware-Produkt											
Sor	nstige: ven	tragssoftwa	re-Herst	eller			vertra	agsso	rtware	-Pro	aukt								7
_ 																			
Unterschri	ift Vertragsa	rzt/ärztliche	er Leiter N	/IVZ					St	emp	el de	r Ar	ztp	raxis					
					Datum (TT.MM.JJJJ)														
						- 1	-11		-' L										