

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin vom 01.03.2010 (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="text-align: center;">    </div> <p style="text-align: center;">HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <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 25 421</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	---

**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)		
<input 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	Gültig ab (TTMMJJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Straße & Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Telefax
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HzV-Vertrages)**

<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <u>hausärztlich relevanten</u> DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d) <input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
<b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</b>	
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person
Akupunktur*	<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
Chirotherapie*	<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
Langzeit-EKG*	<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
Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ
Langzeit-RR	<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
Sonografie Abdomen*	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ
Sonografie Schilddrüse*	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ



