


| | |
|--|---|
| <p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Hessen (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;">  HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG </div> <p>Barmer DAK Gesundheit</p> <hr/> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 562 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> |
|--|---|

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Titel <input type="text"/> | Vorname* <input type="text"/> | Nachname* <input type="text"/> |
| Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/> | LANR* <input type="text"/> | HÄVG-ID (falls vorhanden) <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 <input type="text"/> | Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ | |
| Straße & Hausnummer <input type="text"/> | Telefon <input type="text"/> |
| PLZ <input type="text"/> | Ort <input type="text"/> |
| Telefax <input type="text"/> | |
| E-Mail <input type="text"/> | |
| Mobil <input 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. 3 a)
 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 | |
| Langzeit-EKG | <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)