

| | |
|---|---|
| <p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT 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>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.) Bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Vertragsarzt unterschrieben werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p> |  |
| | <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 25 421 (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 | Vorname | Nachname |
| | | |
| Geburtsdatum (TTMMJJJJ) | LANR | HÄVG-ID (falls vorhanden) |
| | | |
| EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) | | |
| <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="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt | |
| Straße & Hausnummer | Telefon |
| | |
| PLZ | Telefax |
| | |
| E-Mail | Mobil |
| | |

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

Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
 Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigegeführten Formblatt angeben)
 Teilnahme an den **DMP** (Diabetes Typ II und KHK) 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*:

| | | |
|--|---|---|
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ |
| 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 |

