

**Teilnahmeerklärung HAUSARZT**

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Bayern („SVLFG“) (HZV-Vertrag)

**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 Paragraphe und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.



Zu richten an:

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

Oder einfach per Fax

**01805- 00 24 25 424**

(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\*

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)  LANR\*  HÄVG-ID (falls vorhanden)

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)

Einzelpraxis  BAG  MVZ  Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer  Telefon

PLZ  Ort  Telefax

E-Mail

Mobil

**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 beigegeführten Formblatt angeben)
- Ich versichere hiermit, dass die Kündigung des LKK-Hausarztvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern fristgerecht (sechs Wochen zum Quartalsende) erfolgt ist.
- Ich versichere hiermit, dass alle hausärztlichen Mitglieder meiner BAG an diesem HZV-Vertrag teilnehmen.
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
- Apparative Mindestausstattung gem. § 3 Abs. 3c).

**Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen\*:**

<b>Akupunktur</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Allergologie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Behandlung diabetischer Fuß</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Belastungs-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>CW-Doppler-Verfahren hirnersorg. / extremitätenversorg. Gefäße</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Doppler- sonografische Druckmessung</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Elektrotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	





## Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HzV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es Ihrer **Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HzV-Verträgen ist **nicht möglich**.

**Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HzV-Verträgen möglich:**

AOK Bayern	BKK	EK Bayern (ohne TK)	Bosch BKK	SVLFG (LKK)	TK
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Die Teilnahme für angestellte Ärzte am **HzV-Vertrag** mit der **IKK classic** ist leider **nicht** möglich.

<b>Persönliche Angaben des angestellten Arztes</b>	
Nachname	Vorname
LANR	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Privatanschrift: Straße & Hausnummer	
PLZ	Ort
<b>Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HzV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)</b>	
Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig	
BSNR:	
und bin <b>nicht</b> nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als <b>Sicherstellungsassistent/in</b> angestellt.	
<b>Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft</b>	
Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.	
Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.	
Unterschrift	Datum (TT.MM.JJJJ)

# 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
<b>Sonstige:</b> Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)