

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (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>	 <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p>  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p>
	<p>Zu richten an:</p> <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b> Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p><b>01805- 00 24 25 445</b> (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*
<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"/>		

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 <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
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)**

- Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigegeführten 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. 2 f)
- 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
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		

<b>Proktoskopie/Rektoskopie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Psychosomatik</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Sonografie Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Sonografie Uro-Genitalorgane</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
<b>Sonografie weiterer Organe oder Organteile</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	

**Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)**

*\* mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.*

<b>IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)</b>	
Kontoführendes Institut	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

**V. Verwaltungskostenpauschale**

Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2 des HZV-Vertrages).

**VI. Vertragsbedingungen**

**Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass**

- 1. HZV-Teilnahme**
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrages);
  - mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.
  - ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3 des HZV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
  - meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann;
  - ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
  - die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
  - Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß §15 Abs. 4 sowie gemäß dem in § 17 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

- 2. HZV-Abrechnung und Vergütung**
- mir der Hausärzterverband postalisch oder über [www.arztportal.net](http://www.arztportal.net) die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
  - sich gemäß § 10 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.
  - ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 11 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppel- oder Fehlrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11 Abs. 3 und 4 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppel- oder Fehlrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages); 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. Während meiner Teilnahme an der HZV ist der Lauf der Verjährungsfrist für vorgenannte Ansprüche gehemmt.
  - der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 11 Abs. 1 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HZV-Vertrages auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
  - die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 a des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 a Abs. 4 des HZV-Vertrages;
  - Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu;

**3. Teilnehmemanagement**

- der Hausärzteverband meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 4 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15, 17, 18 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband befugt ist 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.
- ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstausskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

**4. 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 sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§4 Abs. 4 des HZV-Vertrages) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages und Anlage 3).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages 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 und verpflichtet, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages 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 HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

**Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt**

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;  
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG**

**Angaben gemäß „Persönliche Daten“**

**Nachname**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Vorname**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**LANR**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p><b><u>Selbstauskunft zum Innovationszuschlag Z1 im TK-HZV-Vertrag</u></b></p> <p><b>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</b></p> <p><b>Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn 3 der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen vorliegen.</b></p>	<div style="text-align: center;">  <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> </div> <p>Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)  <a href="mailto:bundesweit-vdm@haevg-rz.de">bundesweit-vdm@haevg-rz.de</a>  <b>01 80 5 - 00 24 25 445</b>          (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	--

**Stammdaten Arzt**

HÄVG-ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	---	---

Titel <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	---	--

<p><b>Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungen*:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Telematik-Infrastruktur (TI) Paket</p> <p><input type="checkbox"/> Elektronische Kommunikation per KIM Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen</p> <p><input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine</p> <p><input type="checkbox"/> Angebot einer Videosprechstunde</p> <p><input type="checkbox"/> Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)</p>	<p><b>Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)</b></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>
---	--

**KIM-Adresse:**

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
---

\*Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zu „Telematik-Infrastruktur (TI) Paket“: Mit der Angabe dieses Punktes verpflichtet sich der HAUSARZT, die im Folgenden aufgezählten TI-Komponenten in der Praxis vorzuhalten und jeweils das verfügbare höchste Update zu installieren. 1.) KIM (mindestens Version 1.5), 2.) Elektronischer Heilberufsausweis (mindestens G2) und SMC-B-Karte, 3.) eHealth Konnektor (mindestens PTV4), 4.) eHealth-Kartenterminal, 5.) Praxisverwaltungssystem ermöglicht die Anwendung von Notfalldaten-Management (NFDm), elektronischer Medikationsplan (eMP), elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eAU, elektronische Patientenakte (ePA), elektronisches Rezept (eRezept), sofern der jeweilige Softwareanbieter die Anwendungen bereitstellt.
- Zu „Elektronische Kommunikation per KIM Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen“: Mit der Angabe dieses Punktes erklärt der HAUSARZT, Arztbriefe und andere Dokumente im digitalen Format über die KIM-Schnittstelle der TI mit anderen Leistungserbringern auszutauschen. Folgende Dokumente können KIM-Nutzer einander schicken (Stand: Juni 2021): Arztbriefe, Befunde (Labordaten, Röntgenbilder) und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Der HAUSARZT hat sich bei einem zugelassenen KIM-Anbieter registriert und kann über die erhaltene KIM-Adresse an der Kommunikation mit anderen Leistungserbringern teilnehmen. Die KIM-Adresse soll perspektivisch in der Selbstauskunft hinterlegt werden.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Der HAUSARZT stellt über einen Provider eine Möglichkeit zur Online-Terminbuchung für Patienten zur Verfügung. Die Auswahl des Providers trifft der jeweilige HAUSARZT. Die Provider müssen folgende Mindestanforderungen erfüllen: Buchung in Echtzeit, Terminbestätigung / -löschung per SMS oder E-Mail und der Datenaustausch zwischen der Kalenderressource und dem Webservice des OTB-Service-Anbieters muss verschlüsselt erfolgen. Der HAUSARZT bindet das Angebot zur Online-Terminbuchung, wenn möglich, auf der Praxis-Homepage ein.
- Zu „Angebot einer Videosprechstunde“: Es gelten die Anforderungen nach Anlage 31b BMV-Ä – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Der HAUSARZT informiert über das Angebot zur Videosprechstunde, wenn möglich, auf seiner Praxis-Homepage.
- Zu „Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein digital gestütztes Impfmanagementsystem vor. In diesem werden Impfungen strukturiert erfasst und, sofern technisch möglich und dem Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen. Das Impfmanagement-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Überprüfung des Impfstatus nach STIKO-Indikationen, automatische Erstellung von Impfplänen, integriertes Patienteninformationssystem (Merkblätter, Atteste, Aufklärung), Integration aller marktgängigen Impfstoffe sowie Lagerhaltung und Rezeptschreibung.

**Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)**

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
---	---	---	---

**Stempel der Arztpraxis/MVZ**