



<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (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> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">   </div> <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 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
--	---

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau <input type="checkbox"/> Herr <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 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. 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	
Hautkrebscreening	<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

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

Stammdaten Arzt

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

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

<p>Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungen*:</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>Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>
---	--

KIM-Adresse:

*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)

Stempel der Arztpraxis/MVZ