

<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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: right;">  <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p>  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p> </div> </div> <p><b>Zu richten an:</b></p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG 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 <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"/>		

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 <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Telefax <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. 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 Geriatisches 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"/>		





## 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)

<p><b>Selbstauskunft zum Innovationszuschlag Z1 im TK-HZV-Vertrag</b></p> <p><b>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</b></p> <p>Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn 3 der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen vorliegen.</p>	 <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> <p>Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)</p> <p><a href="mailto:bundesweit-vdm@haevg-rz.de">bundesweit-vdm@haevg-rz.de</a></p> <p><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	LANR	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**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**