

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

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



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG
Hausärztinnen- und
Hausärzterverband
Baden-Württemberg



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

0711- 21747 699

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: praxisberatung@haevbw.de

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

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

--	--

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)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR	Gültig ab (TTMMJJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einzelpraxis BAG MVZ ÜBAG Praxisgemeinschaft

Praxisname (falls vorhanden)

Straße & Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ	Ort	Telefax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail

Mobil

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

- Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
- Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt
- Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 e)

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

**mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.*

Sonografie Abdomen durch meine Person durch einen Praxiskollegen in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse durch meine Person durch einen Praxiskollegen in Gerätegemeinschaft

Kleine Chirurgie durch meine Person durch einen Praxiskollegen

Psychosomatik durch meine Person

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

