

## Information zu Ihrer Teilnahme an den HzV-Verträgen mit den Betriebskrankenkassen in Bayern

### Bitte beachten Sie:

Der Bayerische Hausärzteverband hat sowohl einen HzV-Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft/ GWQ ServicePlus AG als auch mit der Bosch BKK abgeschlossen. Bei beiden Verträgen ist eine eigenständige Teilnahmeerklärung Vertragsbestandteil.

Die technische Umsetzung der beiden HzV-Verträge erfolgt in Ihrer Praxissoftware allerdings einheitlich mittels des gemeinsamen HzV-Moduls BKK HzV.

Zur Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit den Betriebskrankenkassen in Bayern sind **beide** nachfolgend aufgeführten Teilnahmeerklärungen auszufüllen und bei der HÄVG AG einzureichen. Die Teilnahme an lediglich einem der beiden nachfolgenden HzV-Verträge ist aufgrund der gemeinsamen technischen Abbildung beider Verträge nicht möglich.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de) sowie [www.hausaerztebayern.de](http://www.hausaerztebayern.de). Bei Fragen steht Ihnen die HÄVG unter 0 22 03/57 56 11 11 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr HzV-Service-Team

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V (HZV-Vertrag) mit den in der Anlage 9 des BKK-HzV-Vertrages in Bayern aufgeführten Krankenkassen</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>Zu richten an:</b> HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax <b>01805- 00 24 25 429</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"/>								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Titel</td> <td style="width: 40%;">Vorname*</td> <td style="width: 40%;">Nachname*</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			Titel	Vorname*	Nachname*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Vorname*	Nachname*						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Geburtsdatum (TTMMJJJJ)</td> <td style="width: 30%;">LANR*</td> <td style="width: 40%;">HÄVG-ID (falls vorhanden)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR*	HÄVG-ID (falls vorhanden)	<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"/>								
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, 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"/>		Telefax <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>			Mobil <input type="text"/>	

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

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 lit. d)  
 Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis  
 Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.

**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
Palliativmedizin: Teilnahme an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Gesonderter Nachweis der Teilnahme am Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 h)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	

<b>Praxisgröße von min. 500 Scheinen</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Proktoskopie/Rektoskopie</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	<input type="checkbox"/>
<b>Psychosomatik</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Sonografie Abdomen</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Sonografie Uro-Genitalorgane</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Sonografie weiterer Organe oder Organteile</b>	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)</b>	<input type="checkbox"/>		

\* 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"/>	

Ich nehme bereits an einem anderen HzV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HzV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

<b>V. Verwaltungskostenpauschale</b>
Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende <b>Verwaltungskostenpauschale</b> gemäß § 15 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 (§ 15 Abs. 2).

<b>VI. Vertragsbedingungen</b>
<b>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</b>

<b>1. HzV-Teilnahme</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3);</li> <li>mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.</li> <li>ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Versicherteneinschreibung (§ 6), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 4 Abs. 4), 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;</li> <li>meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;</li> <li>ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 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);</li> <li>die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;</li> <li>Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8 mir gegenüber auslösen kann.</li> </ul>

<b>2. HzV-Abrechnung und Vergütung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>mir der Hausärzterverband postalisch oder über <a href="http://www.arztportal.net">www.arztportal.net</a> die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;</li> <li>sich gemäß § 10 Abs. 1 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). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HzV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.</li> <li>ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HzV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 12 Abs. 3); 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.</li> <li>der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HzV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 3 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;</li> <li>die <b>Anlage 3</b> (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 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 Abs. 8;</li> <li>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;</li> </ul>



<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Bosch BKK (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>Zu richten an:</b> HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax <b>01805- 00 24 25 429</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
<b>I. Persönliche Daten (* Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b>	
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"/>	
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, 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!)	
<b>II. Praxisanschrift / Betriebsstätte</b>	
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"/>
Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
<b>III. Teilnahmevoraussetzungen &amp; ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)</b>	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an allen <b>hausärztlich relevanten DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d)	
<input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis	
<input type="checkbox"/> Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.	
<b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</b>	
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
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
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>
Proktoskopie/Rektoskopie	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	





## 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	IKK classic
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

### Persönliche Angaben des angestellten Arztes

Nachname

Vorname

LANR

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Privatanschrift: Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

### Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HZV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)

Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis \_\_\_\_\_ tätig

BSNR:

und bin **nicht** nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als **Sicherstellungsassistent/in** angestellt.

### Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft

Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.

Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)

