

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Bayern („SVLFG“) (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>	  
	<p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 424 (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"/>
Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <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 beigelegten Formblatt angeben)
- Ich versichere hiermit, dass die Kündigung des LKK-Hausarztvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern fristgerecht (sechs Wochen zum Quartalsende) erfolgt ist.
- Ich versichere hiermit, dass alle hausärztlichen Mitglieder meiner BAG an diesem HZV-Vertrag teilnehmen.
- Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
- Apparative Mindestausstattung gem. § 3 Abs. 3c).

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

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Sonografie Abdomen | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Schilddrüse | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft |
| CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße | <input type="checkbox"/> durch meine Person | <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ | |
| Doppler-sonografische Druckmessung | <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 | |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau | <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 | |
| Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment | <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 | |
| Elektrotherapie | <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 |

