

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Bosch BKK (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;">  </div> <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 25 428 (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"/>	
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	
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. § 5 des HZV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 5 Abs. 2 f) <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor (besondere Qualitätsanforderung der HzV gemäß § 5 Abs. 3 d)	
<p>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.</p>	
Sonografie Abdomen <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	
Sonografie Schilddrüse <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	
Kleine Chirurgie <input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	
Psychosomatik <input type="checkbox"/> durch meine Person	
<input type="checkbox"/> Shared-Decision-Making Vorhaltung und bedarfsgerechte Anwendung der arriba Module Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation	
<input type="checkbox"/> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax oder E-Mail über das Meldeformular VERAH erforderlich)	

