




<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BKK VAG in Baden-Württemberg (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 Paragrafen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p> <p>Die Einschreibung von Versicherten von weiteren Betriebskrankenkassen ist zusätzlich durch die Teilnahme am „BKK GWQ“ HZV-Vertrag möglich.</p>	<div style="text-align: right;">    </div> <p><b>Zu richten an:</b> HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Kölner Straße 18 70376 Stuttgart</p> <p>Oder einfach per Fax <b>0711- 21747 699</b> (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)</p> <p>E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de</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 <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Praxisname (falls vorhanden) <input type="text"/>	
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)**

Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung  
 Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt  
 Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 5 Abs. 2 f)  
 Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor (besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß § 5 Abs. 3 d)

**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

---

**Shared-Decision-Making**  
 Vorhaltung und bedarfsgerechte Anwendung der arriba Module Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation



