

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic in Baden-Württemberg (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 Paragrafen 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 Kölner Straße 18 70376 Stuttgart</p> <p>Oder einfach per Fax 0711- 21747 699 (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. § 3 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. § 3 Abs. 2 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 Kollegen aus BAG / MVZ
 in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse
 durch meine Person
 durch Kollegen aus BAG / MVZ
 in Gerätegemeinschaft

Hautkrebscreening
 durch meine Person
 durch Kollegen aus BAG / MVZ

Psychosomatik
 durch meine Person

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

