

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg</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 – sofern nicht anders benannt – auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</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 oder E-Mail <b>0711- 21747 699</b> (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.) E-Mail: haevgpstfach@hausarzt-bw.de</p>
<b>I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b> <span style="float: right;"><b>ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!</b></span>	
Frau Herr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Titel <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>II. Praxisanschrift / Betriebsstätte</b>	
BSNR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Praxisname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>III. Teilnahmevoraussetzungen &amp; ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Konnektor bzw. HZV-Online Key vorhanden <input type="checkbox"/> Teilnahme an der Vertragsschulung (Zertifikat bitte beilegen) <input type="checkbox"/> Teilnahme an <b>DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag <input type="checkbox"/> Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version	
<p><b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen:</b>          mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 5 Abs. 3 lit. e des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.</p>	
<b>Sonografie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen
<b>Psychosomatik</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person
<b>Dermatoskop</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen



