

## **Anlage 5 – Infopaket und Starterpaket**

### **Starterpaket**

Das Starterpaket enthält insbesondere:

- Teilnahmeerklärung Versicherter für HzV-Versicherte (inkl. Datenschutzerklärung) und Versicherten-Einschreibebeleg;
- Merkblatt für Versicherte der Krankenkasse;
- Bestellformular für weitere Unterlagen;
- Weitere Informationen


Die Kosten für die Erstellung und den Versand der Starterpakete trägt die Krankenkasse.

### **Infopaket**

Das Infopaket enthält insbesondere:

- Anschreiben;
- Teilnahmeerklärung Hausarzt;
- Informationen zur Teilnahme der Hausarzttes an der HzV (Merkblatt);
- Datenschutzerklärung

Die Kosten für die Erstellung und den Versand der Infopakete trägt der BHÄV.

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen (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 Paragraphen und Anlagen beziehen sich – soweit nicht anders benannt - auf den HzV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">  </div> <p><b>Per Fax an die HÄVG</b> <b>(nachfolgend: HÄVG) für den Bayerischen Hausärzteverband e.V. (nachfolgend: Hausärzteverband)</b></p> <p><b>01805- 55 88 33 xxx</b></p> <p><b>(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</b></p>
--	--

**Stammdaten Arzt**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> BAG				
Titel		Nachname		Vorname
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)			Telefon	
PLZ	Ort	Telefax		

**Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)**

BLZ	Kreditinstitut
Kontonummer	Kontoinhaber

**Notwendige Angaben des Hausarztes**

Vertragssoftware bereits vorhanden       Vertragssoftware ab 01.07.2012 vorhanden (Teilnahmevoraussetzung, vgl. § 3 Abs. 2 f)  
 ein VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis liegt vor (VERAH, **Anhang 3 zu Anlage 3**) (Vorlage des Zertifikates auf Anfrage möglich)  
 Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung **Psychosomatik** durch mich (Teilnahmevoraussetzung ab 01.01.2013, vgl. § 3 Abs. 2 c)  
 Qualifikation zur Verordnung von Leistungen der **medizinischen Rehabilitation** durch mich (Teilnahmevoraussetzung ab 01.01.2013, vgl. § 3 Abs. 2 c)  
 Fortbildung **geriatrisches Assessment** durch mich (Teilnahmevoraussetzung ab 01.01.2013, vgl. § 3 Abs. 2 c)  
 Teilnahme an hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (Teilnahmevoraussetzung ab 01.07.2012, vgl. § 3 Abs. 2d)  
 Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V ( § 3 Abs. 2 e)  
 behindertengerechter Zugang bzw. Gewährleistung einer Versorgung von Behinderten durch die Praxis (§ 3 Abs. 2 f)

Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung folgender Leistung/en (**Anlage 3**):

<b>Behandlung diabetischer Fuß</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Langzeit-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Abdominelle Sonographie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Sonographie Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ

**CW-Doppler-Verfahren hirnvorsorg./ extremitätenvorsorg. Gefäße (EBM 33060/ 33061)**  durch meine Person       durch Kollegen aus BAG/MVZ

Entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (**Anlage 3**):

<b>Belastungs-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Langzeitblutdruckmessung</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Kleine Chirurgie</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Kollegen aus BAG / MVZ

**HÄVG (§ 1 Abs. 11, § 2 Abs. 4)**

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111

**Verwaltungskostenpauschale (§ 15)**

Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 Abs.1 des HzV-Vertrages beträgt 3% (inkl. gesetzl. USt.) von der HzV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HzV-Vergütung (inkl. gesetzlicher USt.) erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HzV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet und einbehalten (§ 15 Abs. 2).

**Einwilligung in Datenverarbeitung**

**Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:**

- Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass der Hausärzteverband das Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem HzV-Vertrag gemäß § 295a



--	--	--	--	--	--	--	--	--