

Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es **Ihrer Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HZV-Verträgen ist **nicht möglich**.

Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen möglich:

AOK Bayern	BKK	EK Bayern (ohne TK)	Bosch BKK	SVLFG (LKK)	TK	IKK classic
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Persönliche Angaben des angestellten Arztes

Nachname

Vorname

LANR

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Privatanschrift: Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HZV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)

Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig

BSNR:

und bin **nicht** nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als **Sicherstellungsassistent/in** angestellt.

Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft

Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.

Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)