

INFORMATIONSBLATT

Versicherten-Einschreibung und Abrechnung

1. Einschreibung der Versicherten

Sie können Ihre Patienten in das Hausarztprogramm per Online- oder Offline-Verfahren einschreiben, sobald

- ✓ Sie Ihre aktuelle Vertragssoftware mit integriertem HZV-Modul installiert haben und
- ✓ Sie einen HZV-Online-Key zur sicheren Übermittlung der Daten von uns erhalten haben (nur bei Online-Verfahren erforderlich)

Das Verfahren zur Einschreibung Ihrer Patienten wählen Sie selbst.

Sie informieren Ihre Patienten über die HZV und händigen ihnen bei Teilnahmewunsch die **Patienteninformation zum Hausarztprogramm und die Patienteninformation zum Datenschutz** aus und bitten sie diese sorgfältig durchzulesen.

Nachdem der Patient die Patienteninformation zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz sorgfältig durchgelesen hat, beantragen Sie bitte die Patienten-Teilnahme in Ihrer Vertragssoftware und drucken die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung** (1 Exemplar für den Hausarzt, 1 Exemplar für den Versicherten) aus und legen diese dem Patienten zur Unterschrift vor.

Im Anschluss unterschreiben Sie beide Exemplare der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Das Exemplar für den Versicherten ist für Ihren Patienten und das Exemplar für den Hausarzt für Ihre Praxis bestimmt. Ihr Original muss mindestens zehn Jahre in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.

Online-Verfahren

Die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Daten des Patienten senden Sie bitte **online unter Angabe des patientenindividuellen TE-Codes** mittels der Vertragssoftware an das HÄVG Rechenzentrum. Den individuellen vierstelligen TE-Code finden Sie neben dem Unterschriftenfeld des Versicherten auf der ausgedruckten Versicherten-Teilnahmeerklärung.

Offline-Verfahren

Bedrucken Sie den HZV-Beleg mit Hilfe Ihrer Software - handschriftlich ausgefüllte Belege können nicht verarbeitet und somit nicht akzeptiert werden - und legen diesen Ihrem Patienten zur Unterschrift vor.

Versehen Sie im Anschluss den HZV-Beleg mit Ihrem Arztstempel und unterschreiben diesen.

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen HZV-Beleg senden Sie bitte an folgende Adresse:


HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln

Den HZV-Beleg, sowie die Daten der Online-Einschreibung übermitteln Sie bis spätestens zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn des folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartals (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November) an die oben genannte Adresse. Bitte beachten Sie beim Offline-Verfahren die Postlaufzeit.

Folgende Felder werden automatisch durch die Vertragssoftware befüllt:

- Personalienfeld
- TE-ID
- Datumsfelder
- Praxisstempel

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der TK, Anlage 6.2



Exemplar für den Versicherten

+TE-ID+
 Arztwechsel, Begründung

Teilnahme- und Einwilligungserklärung TK-Hausarztтарif

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Techniker Krankenkasse (TK) versichert bin.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am TK-Hausarztтарif teilnehme.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten, Zahnärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen kann. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der 2 Wochen an die TK absende.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- ich bei Nichteinhaltung der vorgenannten Teilnahme-

Individueller viertstelliger Code wird automatisch bedruckt und ist in der Vertragssoftware vor Online-Versand der Versicherten-TE einzugeben.

sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.

- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am TK-Hausarztтарif schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung an den gewählten Hausarzt. In diesem Fall ist eine Kündigung der Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres möglich.
- ich
- ich
- ich

meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Bitte wenden →

Unterschriften bitte nicht vergessen

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der TK, Anlage 6.2

Exemplar für den Versicherten

Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen.

Ich willige ein, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Ich erbitte insoweit zugleich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- mein gewählter Hausarzt meinen Einschreibebogen über den Hausärzterverband und sein Rechenzentrum an die Techniker Krankenkasse übermittelt.
- mein Hausarzt die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum zum Zwecke der Rechnungsprüfung und Erstellung einer Abrechnungsdatei übermittelt.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am TK-Hausarztтарif führen, von der Techniker Krankenkasse dem Rechenzentrum des Hausärzterverbandes mitgeteilt werden, damit mein Hausarzt entsprechend informiert wird.

Mir ist bekannt, dass meine datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, eine Teilnahme am Hausarztprogramm dann aber nicht mehr möglich ist.

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HzV“ teilnehmen.

Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation TK-Hausarztтарif und der darin beschriebenen Datenverwendung vertraut gemacht. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am TK-Hausarztтарif bin ich einverstanden. Die Patienteninformation TK-Hausarztтарif und die Patienteninformation zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts. Ihr bisheriger Hausarzt wird Sie dann, sofern Sie dies wünschen, zu den bisherigen Konditionen weiter behandeln.

Bitte das heutige Datum eintragen

< TK-Code: >

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

2. Abrechnung der an der HZV teilnehmenden Versicherten

- Die TK prüft die übermittelten Teilnahmewünsche und informiert das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum, welcher Versicherte bei Ihnen im folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartal zur Teilnahme an der HZV berechtigt ist.
- Das Rechenzentrum teilt Ihnen daraufhin rechtzeitig vor Beginn des Versorgungs- und Abrechnungsquartals durch einen **Informationsbrief Patiententeilnahmestatus** mit, für welche Patienten Sie im folgenden Abrechnungsquartal Leistungen im Rahmen der HZV erbringen und abrechnen müssen.
- Unter www.arztportal.net steht Ihnen ein **Online-Service** zur Verfügung, mit dem Sie Ihre Informationsbriefe Patiententeilnahmestatus und Abrechnungsnachweise sicher herunterladen können. Wenn Sie Ihre Dokumente online im Arztportal abrufen, können Sie außerdem die Patiententeilnahmeinformationen automatisch in Ihre Praxissoftware importieren. Weitere Informationen und eine genaue Anleitung zur Registrierung und zur Nutzung des Online-Abrufs sowie zum Import der Patiententeilnahmeinformationen finden Sie auf der Startseite des Arztportals (www.arztportal.net).

3. Weitere wichtige Informationen



02203 5756-1210: Beratung zur HZV-Teilnahme und Einschreibung



02203 5756-1111: Beratung zur HZV-Abrechnung (LANR bereithalten)



02203 5756-1211



info@HZVteam.de



www.hausaerzterverband.de: Alle HZV-Verträge online



www.mein-hausarztprogramm.de: HZV-Informationen für Ihre Patienten



www.facebook.com/HZVTeam: HZV-Informationen für Ihr Praxisteam