


Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul HAUSARZT	 HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG	
Bitte beachten Sie: Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1	Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01 80 5 - 00 24 25 507 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)	
Stammdaten Arzt		
HÄVG-ID <input type="text"/>	LANR <input type="text"/>	BSNR <input type="text"/>
Titel <input type="text"/>	Nachname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
<p>Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Abrechnung der Leistungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul des HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Hiermit erkläre ich die Erfüllung der Voraussetzungen zur Abrechnung des Telemedizinischen Versorgungsmoduls.</p> <p>Mir ist bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none">• ich verpflichtet bin, ab dem Zeitpunkt der Abgabe dieses Nachweises eine im HZV-Vertrag genannte und zugelassene Telemedizinische Ausstattung zu verwenden.• ich verpflichtet bin, unverzüglich mitzuteilen, wenn ich die für das Telemedizinische Versorgungsmodul erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle, insbesondere, wenn ich die Telemedizinische Ausstattung nicht mehr verwende.• soweit keine abweichenden Regelungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul getroffen wurden, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen auch für das Telemedizinische Versorgungsmodul gelten. <p>Ich bestätige hiermit, dass eine bei mir angestellte VERAH hinsichtlich der Erbringung telemedizinischer Leistungen geschult wurde und ich somit die Abrechnungsvoraussetzung des Telemedizinisches Versorgungsmodul im HZV-Vertrag erfülle.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, welche meine VERAH betreffen, unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Ich nutze folgende Telemedizinische Ausstattung: <input type="checkbox"/> TeleRucksack der Firma vitaphone GmbH <input type="checkbox"/> _____</p>		

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ