


<p><u>Meldeformular digitale Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis</u></p> <p>Bitte beachten Sie: Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1</p>	 <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <p>Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärz- teverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nach- folgend: HÄVG) bundesweit-vdm@haevg-rz.de Nordrhein-vdm@haevg-rz.de 01 80 5 - 00 24 25 550 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>	
<p>Stammdaten Arzt</p>		
<p>HÄVG-ID</p> <input type="text"/>	<p>LANR</p> <input type="text"/>	<p>HBSNR</p> <input type="text"/>
<p>Titel</p> <input type="text"/>	<p>Nachname</p> <input type="text"/>	<p>Vorname</p> <input type="text"/>
<p>KIM Adresse</p> <input type="text"/>		
<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) <input type="checkbox"/> MVZ</p>		
<p>Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde (GWQ Hausarzt+ und AOK HE)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.</p>		
<p>Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+, VAG HE, AOK HE und DAK HE) / Nachweis für den Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK)</p>		
<p>Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Abrechnung der Leistungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul/ Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung des jeweiligen 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/ Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung.</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/Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle, insbesondere, wenn ich die Telemedizinische Ausstattung nicht mehr verwende. • soweit keine abweichenden Regelungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung getroffen wurden, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen auch für das Telemedizinische Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung 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/Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung im jeweiligen HZV-Vertrag erfülle.</p>		
<p>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, welche meine VERAH® betreffen, unverzüglich mitzuteilen.</p>		
<p>Ich nutze seit _____ folgende Telemedizinische Ausstattung:</p>		
<p><input type="checkbox"/> TELEARZT der Firma vitagroup AG <input type="checkbox"/> MIA der Firma ZTM Bad Kissingen GmbH <input type="checkbox"/> TeleDoc-Portable der Firma Docs in Clouds TeleCare GmbH</p>		
<p><input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben genannten Bedingungen/ Hinweise zur Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul/ zur Nutzung der telemedizinischen Ausstattung bei einem VERAH® Besuch</p>		

Meldung VERAH® (sollten Sie mehr als eine VERAH® beschäftigen, melden Sie die weiteren VERAH®s bitte über das VERAH®-Meldeformular)

Angaben zur VERAH®

Nachname

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

Vorname

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

Geburtsname

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

Abschluss der VERAH®-Fortbildung am (TT:MM:JJJJ)

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

Geb.-Datum (TT:MM:JJJJ)

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

Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis

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

Art der Meldung: Anmeldung Änderung der Stundenanzahl Abmeldung Mutterschutz/ Elternzeit*

Gültig ab/ zum (TT.MM.JJJJ):

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

1,00 Stelle (ab 28,1h pro Woche) 0,75 Stelle (19,01 – 28h pro Woche) 0,50 Stelle (bis 19h pro Woche)

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften

Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH®, müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

*Bitte beachten: Bei Rückkehr der VERAH® aus dem Mutterschutz/ der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen

Selbstauskunft zum Innovationszuschlag im TK-HZV-Vertrag

Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn **vier** der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen vorliegen.

Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattung und die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen gem. Anhang 12 zu Anlage 3:

Infrastrukturmerkmal

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Angebot einer Videosprechstunde

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

TI-Paket

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

Vers./Empf. elektr. Arztbriefe

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

Bereitstellung online buchbare Termine

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

eRezept Deutschland

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

Impfmanagement-System

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

Unterschrift Vertragsarzt/ Vertretungsberechtigter für das MVZ

(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/ MVZ

--