

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

Bitte beachten Sie: Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)

Westfalen-Lippe-vdm@haevg-rz.de

01 80 5 - 00 24 25 549

(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"/> | HBSNR <input type="text"/> |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|

| | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Titel <input type="text"/> | Nachname <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

KIM Adresse

- Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft MVZ

Abrechnungsrelevante Qualifikationen der Praxis

Qualifikation

Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Behandlung diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> Praxispartner | <input type="text"/> |
| Hautkrebsscreening | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> Praxispartner | <input type="text"/> |
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> Praxispartner | <input type="text"/> |
| Sonografie Abdomen | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> Praxispartner | <input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft |
| Sonografie Schilddrüse | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> Praxispartner | <input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft |

Gerne können Sie uns Ihre Qualifikationen auch direkt online und einfach unter www.arztportal.net melden.

Digitale Infrastrukturmerkmale der Praxis

TK-Vertrag und GWQ Hausarzt+ Vertrag: Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn **drei** der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen vorliegen. Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattung und die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen gem. Anhang 7 zu Anlage 3 (im GWQ Hausarzt+ Vertrag) und gem. Anhang 12 zu Anlage 3 (im TK Vertrag):

TK Vertrag: Die Leistung „Videosprechstunde“ wird vergütet, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ausschließlich per Video stattfindet und ein KBV zertifizierter Videodienstanbieter genutzt wird.

Infrastrukturmerkmal

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

| | |
|--|----------------------|
| Nutzung eines KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä | <input type="text"/> |
| Bereitstellung online buchbare Termine | <input type="text"/> |
| Impfmanagement-System | <input type="text"/> |
| TI-Paket (nur TK) | <input type="text"/> |
| Vers./Empf. Elektr. Arztbriefe (nur TK) | <input type="text"/> |
| Vorhalten und Nutzung digital unterstützter SDM Angebote (wie z.B. arriba) (nur GWQ Hausarzt+) | <input type="text"/> |
| Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch nachfolgender <i>Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul</i> ausgefüllt werden muss. | <input type="text"/> |

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

| | |
|--|--|
| Nachname <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> |
| Geburtsname <input type="text"/> | Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT:MM:JJJJ) <input type="text"/> |
| Geb.-Datum (TT:MM: JJJJ) <input type="text"/> | Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis <input type="text"/> |

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

Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+) / Nachweis für den Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK)

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.

Mir ist bekannt, dass

- 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.

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.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, welche meine VERAH® betreffen, unverzüglich mitzuteilen.

Ich nutze seit _____ folgende Telemedizinische Ausstattung:

- MIA der Firma ZTM Bad Kissingen GmbH
- TeleDoc-Portable der Firma Docs in Clouds TeleCare GmbH
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben genannten Bedingungen/ Hinweise zur Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul/ zur Nutzung der telemedizinischen Ausstattung bei einem VERAH® Besuch

**Unterschrift Vertragsarzt/
Vertretungsberechtigter für das MVZ
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)**

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/ MVZ