



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Titel

Nachname

Vorname

Hiermit bestätige ich...

... das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

durch mich Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

durch die VERAH Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Vorname Nachname

... das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (arriba Module: Modul PPI für Einzelleistungen, Modul orale Antikoagulation, Modul kardiovaskuläre Prävention, Modul Depression, Modul Diabetes mellitus Typ II)

... das Vorliegen folgender Infrastrukturmerkmale*:

Qualitätssiegel nachhaltige Praxis Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Bereitstellung online buchbarer Termine Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

Teilnahme am VorsorgePlaner +
Elektronische Kommunikation per KIM Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

KIM-Adresse

Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

Einsatz des Impfmanagement-Systems
(PVS-Modul) Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

* Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn die Voraussetzungen gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 erfüllt sind.

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis