Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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

Stammdaten der Praxis

HÄVG-ID _____ LANR _____ HBSNR _____

Titel _____ Nachname _____ Vorname _____

Art der Praxis: ◯ Einzelpraxis ◯ Praxisgemeinschaft ◯ MVZ ◯ Berufsausübungsgemeinschaft

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

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____ Abschluss der VERAH-Fortbildung (TT.MM.JJJJ) _____ Arbeitsbeginn-VERAH in Praxis ab/seit (TT.MM.JJJJ) _____

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

Gültig ab/zum (TT.MM.JJJJ) _____

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

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften:
Bei einer Praxisgemeinschaft mit einem/r gemeinsamen VERAH muss pro BSNR in der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausgefüllt werden.

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

Fallmanagement-Bundesweit@hzv.de 02203 57 56-1111

Bitte per E-Mail an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG).

Stand 06/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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

Meldung Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Heilberufe/Gesundheitsberufe

Pro Praxis/pro Mitarbeiter*in bitte ein Formular ausfüllen und Bachelor-Urkunde(n) beilegen

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____ Abschluss der akademischen Ausbildung (TT.MM.JJJJ) _____ Arbeitsbeginn in Praxis ab/seit (TT.MM.JJJJ) _____

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

Gültig ab/zum (TT.MM.JJJJ) _____

◯ 1,00 Stelle (ab 38 h pro Woche) ◯ 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) ◯ 0,50 Stelle (ab 19 h pro Woche)

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften:
Bei einer Praxisgemeinschaft mit einem/r gemeinsamen Mitarbeitenden mit a. n. Heilberuf/Gesundheitsberuf muss pro BSNR in der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausgefüllt werden.

*Bitte beachten: Bei Rückkehr der/s Mitarbeitenden aus dem Mutterschutz/der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen.

Selbstauskunft zum Modul Geriatrie in den HZV-Verträgen IKK classic und TK

Hiermit bestätige ich das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV"

☐ durch Hausärztin/Hausarzt ☐ durch die VERAH

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) _____ liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) _____

✉ Fallmanagement-Bundesweit@hzv.de ☎ 02203 57 56-1111

Bitte per E-Mail an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG).

Stand 06/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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

Digitale Infrastrukturmerkmale der Praxis

☐ Angebot einer Videosprechstunde (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+) / OVS (TK, spectrumK)

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS (TK, GWQ Hausarzt+)

Provider* | liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Bereitstellung online buchbare Termine (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK)

Provider* | liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Impfmanagement-System (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK)

Provider* | liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis (TK, GWQ Hausarzt+)

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Teilnahme am VorsorgePlaner und elektronische Kommunikation per KIM (TK)

KIM-Adresse | liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Telemedizinisches Versorgungsmodul: Bitte beachten, dass für dieses Merkmal der Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul auf Seite 3 ausgefüllt werden muss.

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ TI-Paket (BAHN-BKK)

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Versenden und empfangen elektronischer Arztbriefe (BAHN-BKK)

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making:

liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

- ☐ arriba Depression** (BAHN-BKK, EK, GWQ Hausarzt+, hkk, IKK classic) und/oder
- ☐ arriba PPI** (IKK classic, TK)

*Nähere Informationen sowie die Liste der zugelassenen Provider finden Sie auf qr.hzv.de/providerliste.

** Kostenloser Download über das Arztportal möglich

Der Innovationszuschlag im HZV-Vertrag mit der **BAHN-BKK** wird vergütet, wenn drei der oben aufgeführten Infrastrukturmerkmale vorliegen.
Der Innovationszuschlag im **GWQ Hausarzt+** und **TK**-HZV-Vertrag wird pro gemeldetem Infrastrukturmerkmal vergütet.

✉ Fallmanagement-Bundesweit@hzv.de ☎ 02203 57 56-1111

Bitte per E-Mail an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG).

Stand 06/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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

Nachweis für den Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK und BAHN-BKK)

Ich bin umfassend informiert 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 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 getroffen wurden zum Telemedizinischen Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen, auch für das vorher genannte 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 _____ (TT.MM.JJJJ) folgende Telemedizinische Ausstattung:

- ◯ MIA der Firma ZTM Bad Kissingen GmbH
- ◯ TeleDoc-Portable der Firma Docs in Clouds TeleCare GmbH
- ◯ MESI mTABLET Bag der Firma MESI Deutschland 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.

Stempel der Praxis

_____
Datum (TT.MM.JJJJ)

_____
Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt bzw. Vertretungsberechtigte/r für das MVZ
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

Fallmanagement-Bundesweit@hzv.de 02203 57 56-1111

Bitte per E-Mail an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG).

Stand 06/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)