


<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>	 HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de 01 80 5 - 00 24 25 550 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)		
Stammdaten Arzt			
HÄVG-ID <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	HBSNR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
Titel <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
KIM Adresse <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ
Meldung VERAH® (sollten Sie mehr als eine VERAH® beschäftigen, melden Sie die weiteren VERAH®s bitte über das VERAH®-Meldeformular)			
Angaben zur VERAH®			
Nachname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>		
Geburtsname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT:MM:JJJJ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
Geb.-Datum (TT:MM:JJJJ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
Art der Meldung: <input type="checkbox"/> Anmeldung <input type="checkbox"/> Änderung der Stundenanzahl <input type="checkbox"/> Abmeldung <input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Elternzeit*			
Gültig ab/ zum (TT.MM.JJJJ): <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			
<input type="checkbox"/> 1,00 Stelle (ab 28,1h pro Woche) <input type="checkbox"/> 0,75 Stelle (19,01 – 28h pro Woche) <input type="checkbox"/> 0,50 Stelle (19h pro Woche)			
Sonderregelung bei <u>Praxisgemeinschaften</u> 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 <u>TK-HZV-Vertrag</u> und <u>GWQ Hausarzt+</u>			
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 zur Anlage 3 des GWQ Hausarzt+ HZV-Vertrags bzw. gem. Anhang 12 zur Anlage 3 des TK-HZV-Vertrags:			

Infrastrukturmerkmal	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)								
Angebot einer Videosprechstunde	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Bereitstellung online buchbare Termine	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Impfmanagement-System	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
TI-Paket (nur TK)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Vers./Empf. elektr. Arztbriefe (nur TK)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (nur GWQ Hausarzt+):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch nachstehender <i>Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul</i> ausgefüllt werden muss.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

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