


|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <p><b><u>Meldeformular digitale Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis</u></b></p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1</p>   |  <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> <p>Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)<br/> <a href="mailto:Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de">Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de</a><br/> <b>01 80 5 - 00 24 25 550</b><br/> (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> |                                     |
| <p><b>Stammdaten Arzt</b></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><b>Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde (AOK HE)</b></p>  |   |                                     |
| <p><input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.</p>  |   |                                     |
| <p><b>Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+, VAG HE, AOK HE und DAK HE) / Nachweis für den Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK)</b></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"> <li>• ich verpflichtet bin, ab dem Zeitpunkt der Abgabe dieses Nachweises eine im HZV-Vertrag genannte und zugelassene Telemedizinische Ausstattung zu verwenden.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> |   |                                     |
| <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"/> MIA der Firma ZTM Bad Kissingen GmbH</p> <p><input type="checkbox"/> TeleDoc-Portable der Firma Docs in Clouds TeleCare GmbH</p> <p><input type="checkbox"/> MESI mTABLET Bag der Firma MESI Deutschland 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 (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, GWQ Hausarzt+ und AOK Rheinland/Hamburg**

Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn **drei** der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen (TK und GWQ Hausarzt+) bzw. Angebot einer Videosprechstunde (AOK RH, TK und GWQ Hausarzt+) 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 bzw. gem. Anlage 5 zur Anlage 3 des AOK Rheinland/Hamburg-HZV-Vertrags.

**Infrastrukturmerkmal**

**Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)**

Angebot einer Videosprechstunde (AOK RH, TK und GWQ Hausarzt+)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bereitstellung online buchbare Termine (TK und GWQ Hausarzt+)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Impfmanagement-System (TK und GWQ Hausarzt+)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TI-Paket (nur TK)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vers./Empf. elektr. Arztbriefe (nur TK)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (nur GWQ Hausarzt+): arriba und/oder

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Share To Care

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch vorstehender *Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul* ausgefüllt werden muss.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Unterschrift Vertragsarzt/ Vertretungsberechtigte/r für das MVZ**

(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

|  |
|--|
|  |
|--|

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Stempel der Arztpraxis/ MVZ**

|  |
|--|
|  |
|--|