

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:	<input type="radio"/> Einzelpraxis	<input type="radio"/> Praxisgemeinschaft	<input type="radio"/> MVZ	<input type="radio"/> Berufsausübungsgemeinschaft

Abrechnungsrelevante Qualifikationen der Praxis

<input type="checkbox"/> Behandlung diabetischer Fuß	<input type="radio"/> persönlich	<input type="radio"/> Praxispartner	_____	
			liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	
<input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening	<input type="radio"/> persönlich	<input type="radio"/> Praxispartner	_____	
			liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	
<input type="checkbox"/> Psychosomatik	<input type="radio"/> persönlich	<input type="radio"/> Praxispartner	_____	
			liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	
<input type="checkbox"/> Sonografie Abdomen	<input type="radio"/> persönlich	<input type="radio"/> Praxispartner	<input type="radio"/> Gerätegemeinschaft	_____
				liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Sonografie Schilddrüse	<input type="radio"/> persönlich	<input type="radio"/> Praxispartner	<input type="radio"/> Gerätegemeinschaft	_____
				liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

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

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:	<input type="radio"/> Anmeldung	<input type="radio"/> Änderung d. Stundenanzahl	<input type="radio"/> Abmeldung	<input type="radio"/> Mutterschutz/Elternzeit*

Gültig ab/zum (TT.MM.JJJJ)				

<input type="radio"/> 1,00 Stelle (ab 28,1 h pro Woche)	<input type="radio"/> 0,75 Stelle (19,01 – 28 h pro Woche)	<input type="radio"/> 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.

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)

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

<input type="checkbox"/> Angebot einer Videosprechstunde (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+) / OVS (TK, spectrumK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS (TK, GWQ Hausarzt+)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbare Termine (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Impfmanagement-System (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis (TK, GWQ Hausarzt+)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Teilnahme am VorsorgePlaner und elektronische Kommunikation per KIM (TK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Telemedizinisches Versorgungsmodul: Bitte beachten, dass für dieses Merkmal der Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul auf Seite 3 ausgefüllt werden muss.	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> TI-Paket (BAHN-BKK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Versenden und empfangen elektr. Arztbriefe (BAHN-BKK)	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (GWQ Hausarzt+):	_____	liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> arriba (TK, BAHN-BKK, EK)	_____	

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

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 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 _____ (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.

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Praxis