

<p><u>Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und 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>	<div style="text-align: right;"> HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG </div> <p>Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) Fallmanagement-WL@haevg-rz.de 01 80 5 - 00 24 25 549 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	--

Stammdaten Arzt			
HÄVG-ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	HBSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Titel <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
KIM Adresse <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Einzelpraxis	Praxisgemeinschaft	Berufsausübungsgemeinschaft	MVZ

Abrechnungsrelevante Qualifikationen der Praxis			
Qualifikation	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)		
Behandlung diabetischer Fuß <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Praxispartner	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Hautkrebsscreening <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Praxispartner	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Psychosomatik <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Praxispartner	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Sonografie Abdomen <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Praxispartner <input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Sonografie Schilddrüse <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Praxispartner <input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Gerne können Sie uns Ihre Qualifikationen auch direkt online und einfach unter www.arztportal.net melden.			

Digitale Infrastrukturmerkmale der Praxis	
TK-Vertrag und GWQ Hausarzt+ Vertrag: 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 zu Anlage 3 (im GWQ Hausarzt+ Vertrag) und gem. Anhang 12 zu Anlage 3 (im TK Vertrag):	
TK Vertrag: Die Leistung „ <u>Videosprechstunde</u> “ wird vergütet, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ausschließlich per Video stattfindet und ein KBV zertifizierter Videodienstanbieter genutzt wird.	
Infrastrukturmerkmal	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
Nutzung eines KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Bereitstellung online buchbare Termine	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Impfmanagement-System	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
TI-Paket (nur TK)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Vers./Empf. Elektr. Arztbriefe (nur TK)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (nur GWQ Hausarzt+): arriba <u>und/oder</u>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Share To Care	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch nachfolgender <i>Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul</i> ausgefüllt werden muss.	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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

Nachname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Geburtsname <input type="text"/>	Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT:MM:JJJJ) <input type="text"/>
Geb.-Datum (TT:MM: JJJJ) <input type="text"/>	Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis <input type="text"/>

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

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