

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis

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



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes; 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)

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

HBSNR

Titel

Nachname

Vorname

KIM Adresse

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft MVZ

Abrechnungsrelevante Qualifikationen der Praxis

Qualifikation

Behandlung diabetischer Fuß

persönlich

Praxispartner

Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Hautkrebsscreening

persönlich

Praxispartner

Psychosomatik

persönlich

Praxispartner

Sonografie Abdomen

persönlich

Praxispartner

Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse

persönlich

Praxispartner

Gerätegemeinschaft

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

Digitale Infrastrukturmerkmale der Praxis

TK-Vertrag, BAHN-BKK-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), gem. Anhang 12 zu Anlage 3 (im TK Vertrag) und gem. Anhang 4 zur Anlage 3 des BAHN-BKK-Vertrages:

TK Vertrag: Die Leistung „Videosprechstunde“ wird vergütet, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ausschließlich per Video stattfindet und ein KBV zertifizierter Videodienstanbieter genutzt wird.

Infrastrukturmerkmal

Nutzung eines KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Bereitstellung online buchbare Termine

Impfmanagement-System

TI-Paket (TK und BAHN-BKK)

Vers./Empf. Elektr. Arztbriefe (TK und BAHN-BKK)

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 nachfolgender Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul ausgefüllt werden muss.

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 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 _____ 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

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/ MVZ