



<p>Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p>	 <p>Hausärzteverband Baden-Württemberg</p>  <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01805- 00 24 25 517 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	---

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID <input type="text"/>	LANR <input type="text"/>	BSNR <input type="text"/>
---------------------------------	------------------------------	------------------------------

Titel <input type="text"/>	Nachname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.*

**Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin, der bzw. die den Videosprechstundenzuschlag für sich geltend macht, persönlich auszufüllen und zu unterschreiben*

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ