

Köln/München, den 11.04.2024

## HZV-Vertrag mit der Bosch BKK in Bayern

### Abrechenbarkeit Videosprechstunde

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

seit dem 01.01.2024 können Sie im HZV-Vertrag mit der Bosch BKK die Videosprechstunde (HZV-Ziffer 1450) abrechnen und gleichzeitig vom Zuschlag Z7 „Startbonus Videosprechstunde“ profitieren.

Hierzu braucht es nicht viel, melden Sie uns mit der beiliegenden Selbstauskunft das Qualifikationsmerkmal „Videosprechstunde“ und erhalten Sie folgende Leistungsvergütung:

- Durchführung einer **Videosprechstunde (HZV-Ziffer 1450)** mit 10,00 € im Quartal
- Automatische Vergütung des **Zuschlags Z7 „Startbonus Videosprechstunde“** i.H.v. 5,00 € innerhalb der ersten 4 Quartale (erstmalig ab dem auf die Meldung folgenden Quartal)

Die Selbstauskunft sowie die Vertragsunterlagen stehen Ihnen auch auf unserer Homepage zur Verfügung.

Telefonische Anfragen zum Bosch BKK HZV-Vertrag richten Sie bitte an den Kundenservice der HÄVG Rechenzentrum GmbH unter 02203 / 57 56 11 11 – Ihre Anfragen per Email an [kundenservice@haevg-rz.de](mailto:kundenservice@haevg-rz.de) oder [vertraege@bhaev.de](mailto:vertraege@bhaev.de) oder per Fax an 02203 / 57 56 11 10.

<p><b>Selbstauskunft zum Angebot einer Videosprechstunde</b> Bosch BKK</p> <p><b>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</b></p>	<p> BAYERISCHER HAUSÄRZTE VERBAND <small>Mitglied im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND</small></p> <p> <b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) <b>01 80 5 - 00 24 25 550</b> (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 Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.

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

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

**Stempel der Arztpraxis/MVZ**