

Meldeformular digitale 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 an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)

01 80 5 - 00 24 25 550

(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

HBSNR

Titel

Nachname

Vorname

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) MVZ

Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde (GWQ Hausarzt+ und AOK HE)

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

Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+, VAG HE, AOK HE und DAK HE)/ 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 Versorgungsmodul/ 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: TeleRucksack der Firma ©vitagroup AG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben genannten Bedingungen/ Hinweise zur Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul/ zur Nutzung der telemedizinischen Ausstattung bei einem VERAH® Besuch

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

Angaben zur VERAH®

Nachname

Vorname

Geburtsname

Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT:MM:JJJJ)

Geb.-Datum (TT:MM:JJJJ)

Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis

HBSNR

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 (bis 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

Selbstauskunft zum Innovationszuschlag im TK-HZV-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 12 zu Anlage 3:

Achtung: Eine Datumsangabe (Quartal und Jahr) ist **zwingend erforderlich** zur Gewährung des Zuschlages. Ungenaue Angaben wie „geplant“ oder „beantragt“ können nicht verarbeitet werden.

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> TI-Dienst - VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) (§ 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V)..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> TI-Dienst - elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES)..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Nutzung HzV-Online-Key und Arztportal..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Angebot einer Videosprechstunde..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect) | liegt vor seit _____ |

Alternative:

Unterschrift Vertragsarzt/ ärztlicher Leiter MVZ
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/ MVZ