

Meldeformular digitale Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis**HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG****Bitte beachten Sie:** Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1

Per Fax oder E-Mail an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes; derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)

Nordrhein-vdm@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 (BAG) MVZ**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:

- TELEARZT der Firma vitagroup AG
 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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 und GWQ Hausarzt+

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):

Infrastrukturmerkmal

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Angebot einer Videosprechstunde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bereitstellung online buchbare Termine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Impfmanagement-System

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TI-Paket (nur TK)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vers./Empf. elektr. Arztbriefe (nur TK)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorhalten und Nutzung digital unterstützter SDM Angebote (wie z.B. arriba) (nur GWQ Hausarzt+)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch vorstehender *Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul* ausgefüllt werden muss.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift Vertragsarzt/ Vertretungsberechtigter für das MVZ

(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis/ MVZ

--