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

Fallmanagement-NO@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:

☐ 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

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 (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, GWQ Hausarzt+ und AOK Rheinland/Hamburg-HZV-Vertrag

Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn **drei** der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen (TK und GWQ Hausarzt+) bzw. Angebot einer Videosprechstunde (AOK RH,TK und GWQ Hausarzt+) vorliegen. Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattung und die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen gem. Anhang 7 zur Anlage 3 des GWQ Hausarzt+ HZV-Vertrags bzw. gem. Anhang 12 zur Anlage 3 des TK-HZV-Vertrags bzw. gem. Anlage 5 zur Anlage 3 des AOK Rheinland/Hamburg-HZV-Vertrages:

Infrastrukturmerkmal	**Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)**
Angebot einer Videosprechstunde (AOK RH, TK und GWQ Hausarzt+)	
Bereitstellung online buchbare Termine (TK und GWQ Hausarzt+)	
Impfmanagement-System (TK und GWQ Hausarzt+)	
TI-Paket (nur TK)	
Vers./Empf. elektr. Arztbriefe (nur TK)	
Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (nur GWQ Hausarzt+): arriba und/oder	
Share To Care	
Cardisiographie (nur GWQ Hausarzt+)	
Telemedizinisches Versorgungsmodul (nur GWQ Hausarzt+) bitte beachten, dass für dieses Merkmal auch hier vorstehender *Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul* ausgefüllt werden muss.	

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/ MVZ