



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

**Stammdaten Arzt**

HÄVG-ID

LANR

BSNR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titel

Nachname

Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich...**

... das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

durch mich

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_

durch die VERAH

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachname

\_\_\_\_\_

Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_

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

Stempel der Arztpraxis