



<p>Selbstauskunft zum Zuschlag „Shared-Decision-Making“ HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>Hausärzterverband Baden-Württemberg</p> </div>  <div style="text-align: center;"> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> </div> </div> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01805- 00 24 25 428 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	---

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Shared-Decision-Making

Hiermit bestätige ich das Vorliegen und die bedarfsgerechte Anwendung der arriba Module Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation.*

**Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin, der bzw. die den Zuschlag „Shared-Decision-Making“ für sich geltend macht, persönlich auszufüllen und zu unterschreiben*

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ