

<p>Selbstauskunft Digitale Anwendungen HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p>	 <p>Hausärzteverband Baden-Württemberg</p>  <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01805- 00 24 25 437 (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)</p>	
Stammdaten Arzt		
HÄVG-ID <input type="text"/>	LANR <input type="text"/>	BSNR <input type="text"/>
Titel <input type="text"/>	Nachname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
<p>Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungen*:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Telematik-Infrastruktur (TI) Paket gemäß Anhang 6 zu Anlage 3<input type="checkbox"/> Einsatz eines Impfmanagement-Systems (PVS-Modul) gemäß Anhang 6 zu Anlage 3<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbare Termine gemäß Anhang 6 zu Anlage 3<input type="checkbox"/> Shared-Decision-Making gemäß Anhang 6 zu Anlage 3<input type="checkbox"/> Vorliegen eines zertifizierten Videodienstanbieters gemäß Anlage 3 <p><i>*Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin persönlich auszufüllen und zu unterschreiben</i></p>		

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ