

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

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**

Stammdaten der Praxis

HÄVG-ID LANR HBSNR

Titel Nachname Vorname

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft MVZ

Meldung VERAH® (sollten Sie mehr als eine VERAH® beschäftigen, melden Sie die weiteren VERAH®s bitte über das VERAH®-Meldeformular)

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 28,1 h pro Woche) 0,75 Stelle (ab 19,01 - 28 h pro Woche) 0,50 Stelle (ab 19 h 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 in den HZV-Verträgen TK, BAHN-BKK und GWQ Hausarzt+

Der Innovationszuschlag in den HZV-Verträgen mit der **BAHN-BKK** und **GWQ Hausarzt+** wird vergütet, wenn drei der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungsmerkmale vorliegen.

Der Innovationszuschlag im **TK**-HZV-Vertrag wird pro gemeldetem Infrastrukturausstattungsmerkmal vergütet.

Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungsmerkmale und die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen gem. Anhang 4 zur Anlage 3 des BAHN-BKK-HZV-Vertrages bzw. gem. Anhang 7 zur Anlage 3 des GWQ Hausarzt+-HZV-Vertrages bzw. gem. Anhang 6 zur Anlage 3 des TK-HZV-Vertrages.

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

Stand 01.07.2024

1/4

✉ Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de

☎ **01805 - 00 24 25 550**

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

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**

Digitale Infrastrukturmerkmale der Praxis

Infrastrukturmerkmale

Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

Angebot einer Videosprechstunde (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+) / OVS (TK, spectrumK) _____

Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS (TK) _____

Provider*: _____

Bereitstellung online buchbare Termine (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK) _____

Provider*: _____

Impfmanagement-System (BAHN-BKK, GWQ Hausarzt+, TK) _____

Provider*: _____

Qualitätssiegel nachhaltige Praxis (TK) _____

Teilnahme am VorsorgePlaner + Elektronische Kommunikation per KIM (TK) _____

KIM-Adresse: _____

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

TI-Paket (BAHN-BKK) _____

Vers./Empf. elektr. Arztbriefe (BAHN-BKK) _____

Vorhalten und Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (GWQ Hausarzt+): _____

arriba (BAHN-BKK, EK) und/oder Share To Care

*Nähere Informationen sowie die Liste der zugelassenen Provider finden Sie auf www.hausarzt-service-online.de

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

Stand 01.07.2024

2/4

✉ Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de

☎ 01805 - 00 24 25 550

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

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**

Selbstauskunft zum Modul arriba PPI im TK-HZV-Vertrag

Hiermit bestätige ich das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making, speziell des Moduls PPI.

Hinweis: Das arriba Modul PPI kann als Einzelleistung abgerechnet werden. Für das Vorhandensein weiterer arriba-Module (Modul orale Antikoagulation, Modul kardiovaskuläre Prävention, Modul Depression, Modul Diabetes mellitus Typ II, Modul PPI) in der Praxis und die bedarfsgerechte Nutzung, wird der arriba-Zuschlag auf die Struktur- und Qualitätspauschale vergütet. a

Selbstauskunft zum Modul Geriatrie im TK-HZV-Vertrag

Hiermit bestätige ich das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrie Versorgungsstrukturen in der HZV“

durch Hausarzt / Hausärztin liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) _____

durch die VERAH® liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) _____

Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+) / Nachweis für den Besuch durch VERAH® bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK und BAHN-BKK)

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.

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

Stand 01.07.2024

3/4

✉ Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de

☎ 01805 - 00 24 25 550

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Meldeformular abrechnungsrelevante Qualifikationen und Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

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**

Ich nutze seit (TT.MM.JJJJ) _____ 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.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Praxis

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