

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

Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde (AOK HE)

Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.

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

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**

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.

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 Hausärzterverbandes;
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)

Stand 01.07.2024

2/4

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

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**

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 „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

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

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Praxis

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

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

Stand 01.07.2024

4/4

✉ 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)