

# 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	
_____	_____	_____	
<input type="radio"/> Einzelpraxis	<input type="radio"/> Praxisgemeinschaft	<input type="radio"/> Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="radio"/> MVZ

## 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.

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.

**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](mailto: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**

**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, GWQ Hausarzt+ und AOK Rheinland/Hamburg

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.

Im **AOK-Rheinland/Hamburg**-HZV-Vertrag umfasst der Innovationszuschlag das Angebot einer Videosprechstunde (AOK RH).

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 bzw. gem. Anlage 5 zur Anlage 3 des AOK Rheinland/Hamburg-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

✉ [Fallmanagement-bundesweit@haevg-rz.de](mailto: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](http://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](mailto: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](mailto: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)