

**Meldung Qualifikationsmerkmale  
zu den Verträgen zur hausarzt-  
zentrierten Versorgung in  
Baden-Württemberg  
gemäß § 73 b SGB V**



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme eines MVZ  
muss der ärztliche Leiter und der HAUSARZT  
dieses Formular unterschreiben.

**Stammdaten Arzt**

Einzelpraxis     
  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)     
  Praxisgemeinschaft     
  MVZ

Titel          
 LANR        
 BSNR        
 BSNR gültig ab

Nachname                   
 Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)                    
 Telefon       /

PLZ      
 Ort                   
 Fax       /

**Per Fax an die HÄVG unter: 01805-00 24 25 427**

(EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)

- Qualifikation zur Erbringung der Leistung **„Psychosomatik“** durch den HAUSARZT
- Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Abdominelle Sonografie“** durch den HAUSARZT  
oder  durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_
- Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Schilddrüsen-Sonographie“** durch den HAUSARZT  
oder  durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_
- Erbringung der Leistung **„Kleine Chirurgie“** durch den HAUSARZT  
oder  durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_
- Erbringung der Leistung **„Belastungs-EKG“** durch den HAUSARZT  
oder  durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_
- Erbringung der Leistung **„Langzeit-EKG“** durch den HAUSARZT  
oder  durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_
- Apparative Ausstattung der Praxis mit einem **„Dermatoskop“** für die Leistung 01745D
- Besuch einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin festgelegten Fortbildung im Bereich der **„hausärztlichen Geriatrie“** durch den HAUSARZT

**Unterschrift Vertragsarzt /  
ärztlicher Leiter MVZ**

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

**Stempel der Arztpraxis**