Allgemeines Meldeformular von Qualifikationen, Praxismerkmalen und Zuschlägen

Zu den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß §73 b SGB V

Wichtig: Bitte füllen Sie die Bereiche für die jeweiligen Merkmale vollständig aus.

Hausärzteverband Baden-Württemberg

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)

0711- 21 747 699
(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen)

Oder per Mail an: haevgpostfach@haevbw.de

☐ **Erstmeldung** ☐ **Anpassung**

Bitte Stammdaten bei jeder Meldung vollständig ausfüllen.

Stammdaten HZV Arzt/ Ärztin

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ ÜBAG ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ

Praxisname

HÄVG ID **(Pflichtangabe)**

LANR **(Pflichtangabe)**

BSNR

BSNR gültig ab

Titel

Nachname

Vorname

Mobiltelefon /

Fax /

E- Mail Adresse

Meldung allgemeiner Qualifikationen und Praxismerkmale

☐ Qualifikation zur Erbringung der Leistung **„Psychosomatik“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

Bitte Nachweise beifügen

☐ Apparative Ausstattung der Praxis mit einem **„Dermatoskop“**

☐ Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) ; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma

☐ Besuch einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin festgelegten Fortbildung im Bereich der „**hausärztlichen Geriatrie**“ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

☐ Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Abdominelle Sonografie“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

☐ Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Schilddrüsen Sonografie“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

Meldeformular von Qualifikationen, Praxismerkmalen und Zuschlägen zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden- Württemberg gemäß § 73 b SGB V

Angabe LANR oder HÄVG ID

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

☐ Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Kleine Chirurgie“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

☐ Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Belastungs- EKG“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

☐ Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Langzeit- EKG“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

☐ Qualifikation zur Erbringung der Leistung **„Palliativmedizin“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

oder

☐ durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ

Bitte Nachweis der Landesärztekammer beifügen

Meldung zur Teilnahme am Versorgungsmodul Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen

☐ Hiermit bestätige ich die Betreuung von HZV-Versicherten durch mich

und/ oder

☐ durch einen anderen Kollegen aus der/dem BAG/MVZ (bitte unten angeben):

Nachname

Vorname

LANR

BSNR

in den Altenpflege- und/ oder Behinderteneinrichtungen mit folgenden IK-Nummern:

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

Die Meldung zur Teilnahme an diesem Versorgungsmodul ist von jedem Arzt/ jeder Ärztin persönlich auszufüllen.

Meldung von digitalen Merkmalen

☐ Vorliegen eines von der **KBV zertifizierten Videodienstanbieters** gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.

☐ Vorliegen und bedarfsgerechte Anwendung der **arriba Module („Shared Decision Making“)** Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation.

☐ **Telematik-Infrastruktur (TI) Paket** gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 TK Vertrag

☐ Einsatz eines **Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)** gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 TK Vertrag oder Anlage 3 GWQ Vertrag

☐ Bereitstellung **online buchbare Termine** gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 TK Vertrag

Meldeformular von Qualifikationen, Praxismerkmalen und Zuschlägen zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden- Württemberg gemäß § 73 b SGB V

Angabe LANR oder HÄVG ID

Meldung zur Erbringung der Leistung Klimaresiliente Versorgung

☐ Qualifikation zur Erbringung der Leistung **„Klimaresiliente Versorgung“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

und

☐ durch mindestens ein weiteres Praxismitglied mit mindestens 19h Wochenarbeitszeit

Nachname

Vorname

LANR oder MFA- ID (falls vorhanden)

Mit dieser Meldung wird der Zuschlag jedem/jeder uns bekannten qualifizierten HAUSARZT/HAUSÄRZTIN in der BSNR ausgezahlt.

Weitere Informationen zur Qualifikation auf haevbw.de/klima-versorgung

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis