

Meldeformular Ulcus Cruris

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Baden-Württemberg
gemäß § 73 b SGB V



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband
Baden-Württemberg



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Per E-Mail an die HÄVG: praxisberatung@haevbw.de

Selbstauskunft gemäß Anhang 10b zu Anlage 12 der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden- Württemberg
gemäß § 73b SGB V

Wichtig: Bitte füllen Sie alle Bereiche vollständig aus.

Stammdaten der Praxis

☐ Einzelpraxis

☐ MVZ

☐ Praxisgemeinschaft

☐ BAG

☐ ÜBAG

BSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HÄVG ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grundvoraussetzung der Praxis

- Die Praxis beschäftigt mindestens eine ausgebildete, bei der HÄVG gemeldete VERAH oder akademische/n nichtärztliche/n Gesundheitsberufler:in (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung), die bereits routinemäßig an der Versorgung von Patient:innen mit chronischen Wunden mitwirkt.
- Die Praxis nutzt bereits das CareCockpit-Modul im Rahmen von PraCMan.

Teilnahmevoraussetzung a) – E-Learning-Modul Ulcus Cruris

Teilnahme des Hausarztes/der Hausärztin UND einer VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in am E-Learning-Modul Ulcus Cruris mit erfolgreichem Abschluss der Lernerfolgskontrolle (Anhang 10b zu Anlage 12, Ziff. I a)).

Hausarzt/Hausärztin:

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abschluss der Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in:

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MFA ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abschluss der Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Hiermit bestätige ich die erfolgreiche Teilnahme der oben genannten Personen am E-Learning-Modul Ulcus Cruris inkl. erfolgreichem Abschluss der Lernerfolgskontrolle.

Teilnahmevoraussetzung b) – CareCockpit-Software

Installation und Nutzung der „CareCockpit-Software (Modul Ulcus Cruris)“ ist Teilnahmevoraussetzung (Anhang 10b zu Anlage 12, Ziff. I b)). Das Modul wird den teilnehmenden Praxen nach Update kostenfrei zur Verfügung gestellt.

☐ Hiermit bestätige ich die Installation und Nutzung der CareCockpit-Software in der Praxis.

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--