

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



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband
Baden-Württemberg



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Hinweis: die PTQZ Teilnahme ist nach §73b SGB V verpflichtend.

☐ Allgemeinmedizin		☐ Andere Fachrichtung	
☐ Herr ☐ Frau			
Titel	LANR	BSNR	
Nachname		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefonnummer		Faxnummer	
E- Mailadresse			

- ☐ Ja, ich bin bereits Mitglied eines PTQZ, in dem Hausärzte zusammenarbeiten.
Name des Moderators

Name des Qualitätszirkels/ Ort (bitte nur eine Angabe)

- ☐ Nein, ich bin noch kein Mitglied eines PTQZ. Bitte organisieren sie für mich die Teilnahme an einem PTQZ in Ortsnähe. Für die PTQZ Teilnahme bevorzuge ich folgenden Ort bzw. folgende Region (bitte angeben):

_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
--	--

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

Stand 31.07.2024