



|  |  |
|--|--|
| <p><b>Allgemeines Meldeformular von<br/>Qualifikationen, Praxismerkmalen und Zuschlägen</b><br/>Zu den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung in Ba-<br/>den-Württemberg gemäß §73 b SGB V</p> <p><b>Wichtig:</b> Bitte füllen Sie die Bereiche für die jeweiligen Merkmale<br/>vollständig aus.</p> |   <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterver-<br/>bandes: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)</p> <p>0711- 21 747 699<br/>(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen)</p> <p>Oder per Mail an: <a href="mailto:haevgpostfach@haevbw.de">haevgpostfach@haevbw.de</a></p> |
| <input type="checkbox"/> <b>Erstmeldung</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Anpassung</b>  |

Bitte Stammdaten bei jeder  
Meldung vollständig ausfüllen.

### Stammdaten HZV Arzt/ Ärztin

|                                       |                              |                               |   |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> BAG | <input type="checkbox"/> ÜBAG | <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft | <input type="checkbox"/> MVZ |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|

Praxisname

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| HÄVG ID (Pflichtangabe)<br><input style="width: 100%;" type="text"/> | LANR (Pflichtangabe)<br><input style="width: 100%;" type="text"/> | BSNR<br><input style="width: 100%;" type="text"/> | BSNR gültig ab<br><input style="width: 100%;" type="text"/> |
|--|---|---|---|

Titel

|   |  |
|---|--|
| Nachname<br><input style="width: 100%;" type="text"/> | Vorname<br><input style="width: 100%;" type="text"/> |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Mobiltelefon<br><input style="width: 100%;" type="text"/> | Fax<br><input style="width: 100%;" type="text"/> |
|---|--|

E- Mail Adresse

### Meldung allgemeiner Qualifikationen und Praxismerkmale

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Qualifikation zur Erbringung der Leistung „ <u>Psychosomatik</u> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN   | <b>Bitte Nachweise beifügen</b> |
| <input type="checkbox"/> Apparative Ausstattung der Praxis mit einem „ <u>Dermatoskop</u> “   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an <b>DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) ; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Besuch einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin festgelegten Fortbildung im Bereich der „ <u>hausärztlichen Geriatrie</u> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ <u>Abdominelle Sonografie</u> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b><br><input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ |                                 |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ <u>Schilddrüsen Sonografie</u> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b>  |                                 |

**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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ  |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung <b>„Kleine Chirurgie“</b> durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b><br><input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung <b>„Belastungs- EKG“</b> durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b><br><input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ  |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung <b>„Langzeit- EKG“</b> durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b><br><input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ    |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation zur Erbringung der Leistung <b>„Palliativmedizin“</b> durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN<br><b>oder</b><br><input type="checkbox"/> 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<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Vorname<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LANR<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | BSNR<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**Meldung von digitalen Merkmalen**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Vorliegen eines von der <b>KBV zertifizierten Videodienstbieters</b> gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.   |
| <input type="checkbox"/> Vorliegen und bedarfsgerechte Anwendung der <b>arriba Module („Shared Decision Making“)</b> Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation. |
| <input type="checkbox"/> <b>Telematik-Infrastruktur (TI) Paket</b> gemäß TK Vertrag  |
| <input type="checkbox"/> Einsatz eines <b>Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)</b> gemäß Vertrag mit TK, GWQ, BKK VAG und Bosch BKK  |
| <input type="checkbox"/> Bereitstellung <b>online buchbare Termine</b> gemäß Vertrag mit TK, BKK VAG und Bosch BKK   |

