

**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 **„Schilddrüsen Sonografie“** durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN
oder

☐ 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.

[illegible]

- *Ab Q3 2025 muss die Meldung von Merkmalen für den **TK-Zuschlag** für digitale Anwendungen im **Arztportal** (mit Meldung des Providers) erfolgen. Ab Q3 2026 gilt dies ebenfalls für den Zuschlag für digitale Anwendungen der **GWQ**.

☐ Qualifikation zur Erbringung der Leistung „**Klimaresiliente Versorgung**“ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN☐ durch mindestens ein weiteres Praxismitglied mit mindestens 19h Wochenarbeitszeit[illegible][illegible]

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

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

--