

| | |
|---|--|
| <p>Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p> |   <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 02203 - 5 756 517 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> |
|---|--|

Stammdatzen Arzt

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| HÄVG-ID <input type="text"/> | LANR <input type="text"/> | BSNR <input type="text"/> |
| Titel <input type="text"/> | Nachname <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> |

Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.*

Diese liegt seit _____ (tt/mm/jjjj) in der Arztpraxis/MVZ vor.

**Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin, der bzw. die den Videosprechstundenzuschlag für sich geltend macht, persönlich auszufüllen und zu unterschreiben*

| | | |
|--|---|---|
| Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich) <input type="text"/> | Datum (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> | Stempel der Arztpraxis/MVZ <input type="text"/> |
|--|---|---|