Selbstauskunft zum

Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde

HAUSARZT

Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)
01 80 5 - 00 24 25 550
(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR

Titel	Nachname	Vorname

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

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

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ