

**Meldung Fortbildung im Bereich
der hausärztlichen Geriatrie**
zu den Verträgen zur
hausarztzentrierten Versorgung in
Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Stammdaten Arzt

Einzelpraxis MVZ LANR BSNR BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)
 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Nachname Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) Telefon

PLZ Ort Fax

Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgendes Konto überwiesen)

BLZ Kreditinstitut

Kontonummer Kontoinhaber

Mit Ihrer Teilnahme an den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V haben Sie sich verpflichtet **eine von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin gemäß Anlage 2 festgelegte Fortbildung im Bereich der hausärztlichen Geriatrie bis zum 31.12.2011 nachzuweisen**

Per Fax an die HÄVG unter: 01805-00 24 25 427

(EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)

**Bitte beachten Sie, dass der Nachweis über den Besuch dieser Fortbildung
mittels dieses Formulars per Selbstauskunft gemeldet werden kann.**

Bitte schicken Sie uns keine Schulungsnachweise.

Hiermit bestätige ich, dass ich eine von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin gemäß Anlage 2 festgelegte Fortbildung im Bereich der hausärztlichen Geriatrie besucht habe (bitte ankreuzen)

(Kinder- und Jugendärzte sind von dieser Fortbildungspflicht befreit)

Unterschrift Vertragsarzt

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)