

<p>Selbstauskunft zum Zuschlag für den Einsatz eines Digital gestützten Impfmanagement-Systems HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p>	<p> Hausärzteverband Baden-Württemberg  HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01805- 00 24 25 517 (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen)</p>
--	---

Stammdaten 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 den Einsatz eines digital gestützten Impfmanagements mit mindestens folgenden Funktionen*:

- Überprüfung des Impfstatus nach STIKO-Indikationen
- Automatische Erstellung von Impfplänen
- Integriertes Patienteninformationssystem (Merkblätter, Atteste, Aufklärung)
- Integration aller marktgängigen Impfstoffe
- Lagerhaltung und Rezeptschreibung
- Lese- und Bearbeitungsfähigkeit von medizinischem Informationsobjekt (MIO) „Impfpass“ entsprechend der Vorgaben der KBV

*Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin, der bzw. die den Zuschlag für den Einsatz eines Digital gestützten Impfmanagement-Systems 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"/>
--	---	---