

<p><b>Allgemeines Meldeformular von Qualifikationen, Praxismerkmalen und Zuschlägen</b> Zu den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß §73 b SGB V</p> <p><b>Wichtig:</b> Bitte füllen Sie die Bereiche für die jeweiligen Merkmale vollständig aus.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;"> <p><b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b></p> </div> </div> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)</p> <p><b>0711- 21 747 699</b> (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen)</p> <p>Oder per Mail an: <a href="mailto:haevgpostfach@hausarzt-bw.de">haevgpostfach@hausarzt-bw.de</a></p>
<input type="checkbox"/> <b>Erstmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Anpassung</b>

Bitte Stammdaten bei jeder Meldung vollständig ausfüllen.	<b>Stammdaten HZV Arzt/ Ärztin</b>													
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> MVZ										
Praxisname														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>HÄVG ID (Pflichtangabe)</b></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>LANR (Pflichtangabe)</b></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>BSNR</b></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>BSNR gültig ab</b></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="text"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="text"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="text"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>					<b>HÄVG ID (Pflichtangabe)</b>	<b>LANR (Pflichtangabe)</b>	<b>BSNR</b>	<b>BSNR gültig ab</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>HÄVG ID (Pflichtangabe)</b>	<b>LANR (Pflichtangabe)</b>	<b>BSNR</b>	<b>BSNR gültig ab</b>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Titel														
<input type="text"/>														
Nachname			Vorname											
<input type="text"/>			<input type="text"/>											
Mobiltelefon		Fax												
<input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/>												
E- Mail Adresse														
<input type="text"/>														

<b>Meldung allgemeiner Qualifikationen und Praxismerkmale</b>
<input type="checkbox"/> Qualifikation zur Erbringung der Leistung „ <b>Psychosomatik</b> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"><b>Bitte Nachweise beifügen</b></div>
<input type="checkbox"/> Apparative Ausstattung der Praxis mit einem „ <b>Dermatoskop</b> “
<input type="checkbox"/> Teilnahme an <b>DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) ; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma
<input type="checkbox"/> Besuch einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin festgelegten Fortbildung im Bereich der „ <b>hausärztlichen Geriatrie</b> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ <b>Abdominelle Sonografie</b> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN <b>oder</b> <input type="checkbox"/> durch einen Kollegen/ eine Kollegin aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ <b>Schilddrüsen Sonografie</b> “ durch HAUSARZT/HAUSÄRZTIN <b>oder</b>



