



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Titel

Nachname

Vorname

Hiermit bestätige ich...

☐ ... das Vorliegen der Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“

☐ durch mich Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

☐ durch die VERAH Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Vorname Nachname

☐ ... das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making (arriba Module: Modul PPI für Einzelleistungen, Modul orale Antikoagulation, Modul kardiovaskuläre Prävention, Modul Depression, Modul Diabetes mellitus Typ II)

☐ ... das Vorliegen folgender Infrastrukturmerkmale*:

☐ Qualitätssiegel nachhaltige Praxis Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)
(Bitte senden Sie uns das Zertifikat zu)

☐ Bereitstellung online buchbarer Termine Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

☐ Teilnahme am VorsorgePlaner +
Elektronische Kommunikation per KIM Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)

KIM-Adresse

☐ Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

☐ Einsatz des Impfmanagement-Systems
(PVS-Modul) Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ) Provider

* Nähere Informationen sowie die Liste der zugelassenen Provider finden Sie auf qr.hzv.de/providerliste.

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis