

<p><u>Teilnahmeerklärung</u> <u>Pilotprojekt Videosprechstunde</u> HAUSARZT</p> <p>Bitte beachten Sie: Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der BKK (HZV-Vertrag)</p> <p>Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.)</p>	 <p>Per Fax an: Bayerischer Hausärzteverband e.V. 089 1273927 99 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p>oder</p> <p>Per E-Mail an: vertraege@bhaev.de</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"/>
Notwendige Angaben des Hausarztes zum Pilotprojekt Videosprechstunde		
<p>Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Teilnahme am Pilotprojekt Videosprechstunde (Anlage 13 Pilotprojekt Videosprechstunde des HZV-Vertrages) informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Pilotprojekt Videosprechstunde.</p> <p>Mir ist bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none">• ich verpflichtet bin, ab dem Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung eine gemäß den Anforderungen der Anlage 31b zum BMV-Ä (KBV-zertifizierte) Videosoftware zu verwenden. Videosoftware Anbieter: _____• ich verpflichtet bin, unverzüglich mitzuteilen, wenn ich die für das Pilotprojekt Videosprechstunde erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle, insbesondere, wenn ich die oben genannte Ausstattung nicht mehr verwende.• soweit keine abweichenden Regelungen in der Anlage zum Pilotprojekt Videosprechstunde nebst Anhängen getroffen wurden, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen auch für das Pilotprojekt Videosprechstunde gelten. <p>Ich bestätige hiermit, dass ich und mein Praxispersonal die Videosprechstunde im Rahmen vom Terminmanagement den Versicherten der Bosch BKK, wenn medizinisch indiziert, proaktiv anbieten werde. Nach absolvierter Videosprechstunde weise ich die Versicherten aktiv auf die Befragung im Rahmen der Projektevaluation hin.</p>		

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ