

Selbstauskunft zum Angebot einer Videosprechstunde Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73b Abs. 4 Satz 1 SGB V zwischen der Bosch BKK und dem Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband	 Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband  Hausarzt Zentrierte Versorgung Bitte senden an: ✉ Fallmanagement-bayern@hzv.de												
Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.													
Die Meldung über die Nutzung eines von der KBV bzw. dem GKV-Spitzenverband zertifizierten Videodiensteanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä gilt als Voraussetzung zur Abrechnung der HZV-Ziffer 1450 im HZV-Vertrag mit der Bosch BKK.													
Stammdaten Arzt <table><tr><td>HÄVG-ID</td><td>LANR</td><td>BSNR</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Titel</td><td>Nachname</td><td>Vorname</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ☐ Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodiensteanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.		HÄVG-ID	LANR	BSNR				Titel	Nachname	Vorname			
HÄVG-ID	LANR	BSNR											
Titel	Nachname	Vorname											
Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Stempel der Arztpraxis/MVZ											