

<p>Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde HAUSARZT</p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.</p>	  <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 02203 - 5 756 517 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</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 das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.*

Diese liegt seit _____ (tt/mm/jjjj) in der Arztpraxis/MVZ vor.

**Die Selbstauskunft ist von jedem Hausarzt und jeder Hausärztin, der bzw. die den Videosprechstundenzuschlag 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"/>
--	---	---