

**Meldung Qualifikationsmerkmale
zu den Verträgen zur hausarzt-
zentrierten Versorgung in
Baden-Württemberg
gemäß § 73 b SGB V**



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme eines MVZ
muss der ärztliche Leiter und der HAUSARZT
dieses Formular unterschreiben.

Stammdaten Arzt

Einzelpraxis
 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
 Praxisgemeinschaft
 MVZ

Titel
 LANR
 BSNR
 BSNR gültig ab

Nachname
 Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)
 Telefon /

PLZ
 Ort
 Fax /

Per Fax an die HÄVG unter: 01805-00 24 25 427

(EUR 14ct/Festnetz DTAG/Tarife anderer Anbieter können abweichen)

- Qualifikation zur Erbringung der Leistung **„Psychosomatik“** durch den HAUSARZT
- Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Abdominelle Sonografie“** durch den HAUSARZT
oder durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):
Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
- Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung **„Schilddrüsen-Sonographie“** durch den HAUSARZT
oder durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):
Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
- Erbringung der Leistung **„Kleine Chirurgie“** durch den HAUSARZT
oder durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):
Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
- Erbringung der Leistung **„Belastungs-EKG“** durch den HAUSARZT
oder durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):
Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
- Erbringung der Leistung **„Langzeit-EKG“** durch den HAUSARZT
oder durch einen anderen Kollegen aus BAG / MVZ (bitte unten angeben):
Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____
- Apparative Ausstattung der Praxis mit einem **„Dermatoskop“** für die Leistung 01745D
- Besuch einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin festgelegten Fortbildung im Bereich der **„hausärztlichen Geriatrie“** durch den HAUSARZT

**Unterschrift Vertragsarzt /
ärztlicher Leiter MVZ**

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis