

Anzeige Zur Durchführung und Abrechnung von Videosprechstunde Nach Anlage 31b des Bundesmantelvertrages-Ärzte
--

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

BSNR: (⇒ Hauptbetriebsstätte)		
Name und Bezeichnung Der Praxis / der BAG / des MVZ:		
Anschrift des Hauptstandortes:		
Telefon:	Fax:	E-Mail:

Diese Anzeige gilt für Einzelpraxen bzw. alle Ärzte der GP / der BAG / des MVZ. (Hinweis: Die Anzeige ist vom Geschäftsführer des MVZ, dem Verantwortlichen der BAG/GP oder einem zugelassenen Vertragsarzt zu unterzeichnen.*)	<input type="checkbox"/>
Diese Anzeige gilt für mich als Mitglied einer GP / einer BAG / eines MVZ. (Hinweis: Für GP / BAG/ MVZ ist die Anzeige von jeweils einem zugelassenen Vertragsarzt pro BSNR zu unterzeichnen.***)	<input type="checkbox"/>
Angabe der LANR:	
Angabe Arztname:	

Folgendes zertifiziertes Videosystem wird genutzt:	
Videodienstanbieter:	Name des zertifizierten Produktes:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt werden.

Ort u. Datum

Unterschrift*

Praxisstempel