



Anzeige

zur Durchführung und Abrechnung von Videosprechstunden
nach Anlage 31b des Bundesmantelvertrages

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. ***)

Diese Anzeige gilt für mich als Mitglied einer **Praxisgemeinschaft.**
(Hinweis: In Praxisgemeinschaften ist die Anzeige von **jeweils einem** zugelassenen Vertragsarzt pro BSNR zu unterzeichnen. ***)

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 ***