

**Anzeige**

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Abrechnungsprüfung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Fax: 040/22 80 2-420

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

<b>BSNR: (=&gt; Hauptbetriebsstätte)</b>		
<b>Name und Bezeichnung der Praxis / der BAG / des MVZ:</b>		
<b>Anschrift des Hauptstandortes:</b>		
<b>Telefon:</b>	<b>Fax:</b>	<b>E-Mail:</b>

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

<b>Folgendes zertifiziertes Videosystem wird genutzt:</b>	
<b>Videodienstanbieter:</b>	<b>Name des zertifizierten Produktes:</b>

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

\_\_\_\_\_  
Ort u. Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\*

Praxisstempel