Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

# Anzeige

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abrechnung
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!**

| | | |
|---|---|---|
| **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 BAG / des MVZ.**<br>(Hinweis: Die Anzeige ist vom Geschäftsführer des MVZ, dem Verantwortlichen der BAG oder einem zugelassenen Vertragsarzt zu unterzeichnen.*) | ☐ |
| **Diese Anzeige gilt für mich als Mitglied einer BAG / eines MVZ.**<br>(Hinweis: Für BAG/ MVZ ist die Anzeige von **jeweils einem** zugelassenen Vertragsarzt pro BSNR zu unterzeichnen.***) | ☐ |
| **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