

Meldeformular von Teilnahmevoraussetzungen HÄPPI Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg Wichtig: Bitte füllen Sie die Bereiche für die jeweiligen Merkmale vollständig aus.	Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes: HÄVG 0711- 21 747 699 (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen) Oder per Mail an: haevgpostfach@haevbw.de
Bitte Stammdaten bei jeder Meldung vollständig ausfüllen. Stammdaten HZV Arzt/ Ärztin	
☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ ÜBAG ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ Praxisname HÄVG ID (Pflichtangabe) LANR (Pflichtangabe) BSNR BSNR gültig ab Titel Nachname Vorname Mobiltelefon Fax E- Mail Adresse	
Meldung Teilnahmevoraussetzungen (Innerhalb einer BAG/MVZ muss die Selbstauskunft nur einmal ausgefüllt werden)	
Teilnahmevoraussetzung akademische(r) nichtärztliche(r) Gesundheitsberufler:in mit Stellenumfang von mind. 0,5 VZK: ☐ a.n. Gesundheitsberufler:in bereits der HÄVG gemeldet ☐ Noch nicht gemeldet	
Angaben zum/zur a.n. Gesundheitsberufler:in (pro Praxis / pro a.n. Gesundheitsberufler:in bitte ein Formular ausfüllen)	
Nachname	Vorname
Geburtsname	MFA ID (wenn vorhanden)
Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Abschluss der akademischen Ausbildung (TT.MM.JJJJ)
Anzahl der Stunden, die der/die a.n. Gesundheitsberufler:in in der Praxis pro Woche tätig ist (gem. Arbeitsvertrag): Zutreffendes bitte ankreuzen	
Als a.n. Gesundheitsberufler:in in der o.g. Praxis tätig ab () in folgendem Umfang:	
☐ 1,00 Stelle (ab 38h pro Woche) ☐ 0,75 Stelle (ab 28,5 – 37,9h pro Woche) ☐ 0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)	
Möchten Sie mehr als ein:e Gesundheitsberufler:in anmelden, fügen Sie bitte die ausgefüllten Meldeformulare akademische:r nichtärztliche:r Gesundheitsberufler:in an. Sie finden das Meldeformular unter: https://www.haevbw.de/hzv-formulare	

Angabe LANR oder HÄVG ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hiermit bestätige ich, dass folgende **digitale Tools** gemäß V. Anlage 12 Anhang 18 in der Praxis eingesetzt werden:

- ☐ Online-Terminmanagement
- ☐ Videosprechstunde
- ☐ Patientenmessenger
- ☐ AMTS Software
- ☐ Recallsystem Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Hiermit bestätige ich, dass folgende **Qualifikationen** in der Teampraxis vorliegen:

- ☐ Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin
- ☐ Sonografie
- ☐ Kleine Chirurgie

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich **(Mit-)Eigentümer:in** der hausärztlichen Praxis bin. Sofern die hausärztliche Praxis keine hausärztliche Direktion im Sinne des HÄPPIs hat, kann keine Bestätigung als HÄPPI und damit auch keine gesonderte Vergütung erfolgen.

☐ Sofern der/die hausärztliche **(Mit-)Eigentümer:in** abweichend von der Antragssteller:in ist, bitte Name, Vorname und LANR ergänzen.

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An der HÄPPI-Einsteigerschulung für die hausärztliche Direktion und n.ä. aka. Gesundheitsberufler:in

- ☐ wurde bereits teilgenommen am: _____
- ☐ wurde noch nicht teilgenommen.

Kooperationen

Hiermit bestätige ich, die Kooperationen mit Fachärzten, die am Facharztprogramm der AOK BW teilnehmen, aktiv zu unterstützen.
Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens ein Pflegeheim betreue, die Betreuung findet im Rahmen

- ☐ des Vertrages zur Integrierten Versorgung Pflegeheim (IVP) mit der AOK BW statt
- ☐ ohne IVP unter Einhaltung der in Anlage 12 Anhang 18 unter Abs. II Nr. 5 festgelegten Kriterien. Bitte nennen Sie mindestens ein Pflegeheim: _____

Patientenzentrierung

- ☐ Hiermit bestätige folgende Bedingungen in meinen Praxisprozessen zu berücksichtigen:
 - Angebot einer HÄPPI Sprechstunde
 - Sicherstellung einer qualifizierte Erreichbarkeit innerhalb von 24h (an Werktagen)
 - Patientenbefragungen

Hiermit bestätige ich, dass ich die in der Anlage 12 Anhang 18 zum AOK HZV-Vertrag beschriebenen Pflichten und Teilnahmevoraussetzungen vollständig gelesen habe und diese in meiner Praxis erfülle. Mir ist bekannt, dass die Einhaltung dieser Voraussetzungen für die Teilnahme am HÄPPI-Konzept verbindlich ist und dass ich verpflichtet bin, etwaige Änderungen oder den Wegfall von Voraussetzungen unverzüglich der HÄVG zu melden.

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis

--