



Ihre Weiterbildung zur Tele-VERAH beinhaltet zwei Elemente:

Die **E-Learning-Schulung**, die Sie auf Ihrem Rechner, Ihrem Tablet oder Ihrem Handy absolvieren und den **Praxis-Workshop**

Was dürfen Sie von der E-Learning-Schulung erwarten?


- » Humorvoll aufgebaute, ansprechend animierte Schulung mit unterhaltsamer und kurzweiliger Gestaltung der anspruchsvollen Inhalte
- » Inhalte werden teilweise auditiv hervorgehoben
- » Möglichkeit, jederzeit zu unterbrechen und später an derselben Stelle fortzusetzen
- » Training wann immer und wo immer sich Zeit und Gelegenheit bietet
- » Lernerfolgskontrollen nach jedem Abschnitt
- » Möglichkeit zur Wiederholung der einzelnen Kapitel
- » Kurze Videos zur Veranschaulichung der Nutzung von Rucksack und Sensoren
- » Begeistertes Feedback von bereits ausgebildeten Tele-VERAHs
- » Ständige Verbesserung und Weiterentwicklung der Schulungsinhalte

Was dürfen Sie vom Praxis-Workshop erwarten?

- » Übung des Einsatzes der einzelnen telemedizinischen Sensoren im nachgestellten Patientenszenario und Durchspielen verschiedener alltäglicher Anwendungssituationen
- » Gewinn an Sicherheit im Einsatz und bessere Vertrautheit in der Bedienung der Sensoren
- » Tipps von erfahrenen Tele-VERAHs zur Eingliederung der telemedizinischen Arbeitsweise in bisherige Arbeitsabläufe
- » Übung der Videotelefonie und Tipps zur optimalen Abstimmung mit dem Arzt
- » Erlernen, der optimalen Rucksack Organisation
- » Informationen, über Möglichkeiten der Hilfe in neuen Situation

Der Praxis-Workshop rundet Ihre Ausbildung zur Tele-VERAH ab. Nach der Teilnahme setzen Sie die Telemedizin bei einem Patientenbesuch genau so souverän ein wie die übrigen Hilfsmittel.

Wenn Ihre Praxis am Konzept zur besonderen Versorgung TeleArzt teilnehmen möchte, sollte der Praxisinhaber die beiliegende Teilnahmeerklärung ausgefüllt an die TAG senden.

<p>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung TeleArzt gemäß § 140a SGB V mit der GWQ („BV-Vertrag“) bzw. zur Vereinbarung mit dem PKV-Verband</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den BV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	 <p>Per Fax an die TeleArzt GmbH (nachfolgend TAG) 01805/ 00 24 25 407 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
<p>Stammdaten Hausarzt</p>	
<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG</p> <p>LANR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BSNR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Titel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nachname <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vorname <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Telefon <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ort <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Telefax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Bankverbindung (Vergütung beider Verträge wird auf das folgende Konto überwiesen)</p>	
<p>BLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Kreditinstitut <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Kontonummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Kontoinhaber <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Notwendige Angaben des Hausarztes</p>	
<p><input type="checkbox"/> Vorhalten mindestens einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)</p> <p><input type="checkbox"/> Sicherstellung der Durchführung der Online-Schulung zur Erbringung telemedizinischer Leistungen vor der erstmaligen Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die VERAH</p>	
<p>Managementgesellschaft</p>	
<p>TAG TeleArzt GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203/ 57 56 1240 (9:00 bis 17:00 Uhr)</p>	
<p>Verwaltungskostenpauschale</p>	
<p>Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des BV-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5 % von der BV-Vergütung. Ich ermächtige die TAG, die Verwaltungskostenpauschale mit meinem Anspruch auf BV-Vergütung zu verrechnen. Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 4 Abs. 8 der Vereinbarung mit dem PKV-Verband für die Organisation meiner Teilnahme beträgt 10,80 Euro zzgl. MwSt pro Quartal und pro Versicherten. Ich ermächtige die private Verrechnungsstelle, die Verwaltungskostenpauschale mit meinem Honoraranspruch gegenüber dem Versicherten zu verrechnen und an die TAG auszus zahlen.</p>	
<p>Mietzins für Telemedizin-Rucksack gemäß § 14a BV-Vertrag</p>	
<p>Ich ermächtige die TAG, den Anspruch des aus dem in der Anlage 1 ersichtlichen Anbieters auf Mietzins in Höhe von 6,50 Euro je eingeschriebenen Versicherten pro Quartal inkl. MwSt. mit dem Anspruch auf Auszahlung der BV-Vergütung nach § 11 zu verrechnen und an den in Anlage 1 genannten Anbieter mit schuldbefreiender Wirkung weiterzuleiten. Der Mietzins wird erst nach Zahlung der Krankenkasse auf das von der TAG benannte Konto fällig. Die weiteren Einzelheiten betreffend den Mietzins für den Telemedizin-Rucksack sind dem Mietvertrag und den Mietbedingungen zu entnehmen.</p>	
<p>Einwilligung in Datenverarbeitung</p>	
<p>Für meine Teilnahme am BV-Vertrag erkläre ich meine Einwilligung zu Folgendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Mir ist bekannt, dass die TAG das Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem BV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der TAG zur Durchführung des BV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die GWQ erhält Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag über das BV-Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur BV-Abrechnung (§§ 11 bis 14a und Anlage 3). Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der GWQ, der beigetretenen Krankenkassen und der TAG veröffentlicht. <p>Für meine Teilnahme an der Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung erkläre ich meine Einwilligung zu Folgendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften: Ich bin damit einverstanden, dass meine in dieser Beitrittserklärung enthaltenen "Stammdaten Hausarzt" über die TAG bzw. von ihr beauftragte Erfüllungsgehilfen und das dort geführte, laufend aktualisierte Kooperationspartnerverzeichnis an den PKV-Verband, den beigetretenen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und die private Verrechnungsstelle übermittelt und ebenfalls von diesen im Rahmen dieser Vereinbarung gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Meine Teilnahme an der Vereinbarung wird durch die TAG erklärt. Diese Daten dürfen in einem Verzeichnis im Internet veröffentlicht werden. 	
<p>Vertragsteilnahme des Hausarztes am BV-Vertrag mit der GWQ</p>	
<p>Hiermit beantrage ich als HZV-Hausarzt verbindlich meine Teilnahme am BV-Vertrag (§ 3 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem BV-Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HZV-Hausarzt nach dem BV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 2); ich meine vertraglichen Pflichten als HZV-Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer BV-Leistungen (§ 6), zur Information der TAG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der BV relevant sind (§ 4 Abs. 3), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; 	

Verträge zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“

- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
 - dass Versicherte bei einer gleichzeitigen HVZ-Teilnahme mich sowohl als HVZ-Betreuer als auch als Arzt an diesem BV-Vertrag gewählt haben;
 - ich aus der BV ausscheide, wenn ich nicht mehr an der HVZ teilnehme;
 - ich selbst meine Teilnahme an dem BV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der TAG kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
 - sich gemäß § 11 Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3** mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 11 Abs. 8). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe;
 - Überzahlungen verrechnet werden (§ 11 Abs. 4);
 - ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich gegenüber der TAG geltend machen muss.
 - die TAG die von der Krankenkasse geleistete BV-Vergütung gemäß § 11 Abs. 3 in Verbindung mit **Anlage 3** erhält und erst nach Eingang bei der TAG unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale und Mietzins gemäß § 14 und § 14a auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5 %) habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) am 01.07.2017 in Kraft tritt und die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 2 der **Anlage 3** zunächst bis zum 31.12.2018 vereinbart sind.
 - sich die Inhalte gemäß § 16 ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die Vertragspartner nach billigem Ermessen bereits jetzt zu**;
 - die Laufzeit des BV-Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag ausscheide;
 - **Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 19 und gemäß dem in § 18 beschriebenen Verfahren** möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.
- 2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass**
- die Vergütungspflicht der Krankenkasse und meine Pflichten nach § 6 erst ab dem **01.07.2017 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.**
- 3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**
- die TAG meine Teilnahme an der BV organisiert und für mich die Abrechnung der BV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieses BV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche BV-Partner im Sinne von § 8 Abs. 3. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - die TAG zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 11 bis 14a des BV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3** benanntes Rechenzentrum beauftragt;
 - die TAG meine Teilnahme an der HVZ bzw. das Vorhalten der VERAH mit Unterstützung des Hausärzterverbandes prüfen darf.
- 4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere**
- über die erforderliche Praxisausstattung verfügen werde;
 - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.
- Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages.

Teilnahme des Hausarztes an der Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung mit dem PKV-Verband

- Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme an der Vereinbarung (§ 4 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach der Vereinbarung, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.
- 1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Kooperationspartner nach der Vereinbarung informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass**
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 5);
 - ich meine vertraglichen Pflichten als Kooperationspartner insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (§ 5), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
 - meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 3 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Teilnahme an der Vereinbarung gemäß Anlage 4 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der TAG kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
 - ich die meinem Honoraranspruch zugrunde liegenden, vertragsgemäß erbrachten Leistungen gemäß Anlage 3 der privaten Verrechnungsstelle zwecks Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten zur Verfügung stellen muss;
 - ich Einwendungen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Honorarübersicht schriftlich gegenüber der privaten Verrechnungsstelle geltend machen muss;
 - die private Verrechnungsstelle die von dem Versicherten geleistete Zahlung zum 1. oder 15. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 4 auf das von mir benannte Konto überweist;
 - die Laufzeit der Vereinbarung sich nach § 12 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus der Vereinbarung ausscheide.
- 2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**
- die TAG bzw. von ihr beauftragten Erfüllungsgehilfen meine Teilnahme an der Vereinbarung organisieren. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieser Vereinbarung zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner im Sinne von § 6 Abs. 2. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - die TAG meine Teilnahme an einem Vertrag zur Besonderen Versorgung TeleArzt mit einer gesetzlichen Krankenkasse mit Unterstützung des Hausärzterverbandes prüfen darf;
 - ich zur Abrechnung gemäß § 7 der Vereinbarung eine in § 7 Abs. 2 und in Anlage 3 benannte private Verrechnungsstelle beauftrage.
- 3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere**
- über die erforderliche Praxisausstattung der Anlage 1 verfügen werde;
 - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.
- Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil der Vereinbarung.

Unverbindliche Anfrage für Telemedizin-Rucksack

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass
- meine Stammdaten zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage sowie
 - der Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme am BV-Vertrag zum Zwecke der Klärung des Mietverhältnisses über den Telemedizin-Rucksack an den Anbieter nach Anlage 1 des BV-Vertrages bzw. der Vereinbarung weitergegeben werden dürfen.
- Ich habe bereits einen Telemedizin-Rucksack in meiner Praxis vorliegen bzw. mein Praxispartner ist im Besitz eines Telemedizin-Rucksackes.

Bei Teilnahme mehrerer HVZ-Hausärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Telemedizin-Rucksack pro Betriebsstättennummer zur Nutzung für alle teilnehmenden HVZ-Hausärzte in der BAG bzw. im MVZ vorliegen.

Verträge zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“

- Ja, ich möchte an beiden Verträgen zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“ teilnehmen.
- Ich möchte nur an dem unten angekreuzten Vertrag zur telemedizinischen Versorgung „TeleArzt“ teilnehmen:
- BV-Vertrag mit der GWQ
 - Vereinbarung mit dem PKV-Verband

Unterschrift Hausarzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis / MVZ

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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