



## 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!

<b>BSNR: (→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>

**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. \*\*\*)

<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 \*\*\*