

FAX an KVH: 069 24741-68808

KV Hessen  
Abrechnung  
Team Abrechnungseingang  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**Videosprechstunde: zertifizierten Videodienstleister melden**

Für die Abrechnung von Leistungen per Video bestätige ich/wir, dass ich/wir einen zertifizierten Videodienstleister\* nutze(n).

Den Nachweis zum genutzten Videodienstleister lege(n) ich/wir auf Verlangen vor.

RED MEDICAL SYSTEMS  
genutzter zertifizierter Videodienstleister

**RED** **Funktioniert.  
Einfach.  
Immer.**  
# **MDA**  
RED Medical Systems GmbH  
Lutzstraße 2, 80687 München  
www.redmedical.de

Abrechnung

Tel 069 24741-7777  
Fax 069 24741-68808  
AV-Help@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

Datum Vertragsbeginn mit zertifizierten Videodienstleister

BSNR

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel

Formular drucken

\*entsprechend der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunde nach § 291g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))

FAX an KVH: 069 24741-68808

**KV** + KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

KV Hessen  
Abrechnung  
Team Abrechnungseingang  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**Videosprechstunde: zertifizierten Videodienstanbieter melden**

Für die Abrechnung von Leistungen per Video bestätige ich/wir, dass ich/wir einen zertifizierten Videodienstanbieter\* nutze(n).

Den Nachweis zum genutzten Videodienstanbieter lege(n) ich/wir auf Verlangen vor.

Abrechnung

Tel 069 24741-7777  
Fax 069 24741-68808  
AV-Help@kvhessen.de

RED MEDICAL SYSTEMS  
genutzter zertifizierter Videodienstanbieter

**RED** **Funktioniert.  
Einfach.  
Immer.**  
**RED** **GmbH**  
RED Medical Systems GmbH  
Lutzstraße 2, 80687 München  
www.redmedical.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

Datum Vertragsbeginn mit zertifizierten Videodienstanbieter

BSNR

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel

Formular drucken

\*entsprechend der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunde nach § 291g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))