

Meldeformular „PLUSmobil“ im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen (HzV-THR)



Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ServiceStelle

per Fax: 03643/559-750

Stammdaten des teilnehmenden Hausarztes

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Titel | LANR | BSNR |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nachname | Vorname | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Anstellender Arzt/Leiter des MVZ

| | |
|----------------------|----------------------|
| Titel | |
| <input type="text"/> | |
| Nachname | Vorname |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name MVZ | |
| <input type="text"/> | |

Angaben zur VERAH bzw. Nicht-ärztlichen Praxisassistentin

| | |
|--|----------------------|
| Nachname | Vorname |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Abschluss der Fortbildung am (TT.MM.JJJJ) | |
| <input type="text"/> | |

Angaben zum Leasingvertrag

| | |
|---|---|
| Beginn des Leasingvertrages (TT.MM.JJJJ) | Ende des Leasingvertrages (TT.MM.JJJJ) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dem Antrag beizufügen ist:

- Kopie der Zertifizierung zur VERAH bzw. nicht-ärztlichen Praxisassistentin (sofern diese der KVT noch nicht vorliegt)
- Kopie des abgeschlossenen und unterschriebenen Leasingvertrages

Der Hausarzt bzw. der anstellende Arzt/Leiter des MVZ als Arbeitgeber der VERAH bzw. nicht-ärztlichen Praxisassistentin verpflichtet sich zur Einhaltung der Nutzungsbedingungen gemäß Anlage 4 - Anhang 1a des Vertrages und bestätigt dies mit seiner Unterschrift.

Stempel der Arztpraxis

| | |
|----------------------|---|
| Datum (TT.MM.JJJJ) | _____ |
| <input type="text"/> | Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes |

Unterschrift VERAH bzw. Nicht-ärztliche Praxisassistentin

Stempel der Gemeinschaftspraxis/MVZ

| | |
|----------------------|---|
| Datum (TT.MM.JJJJ) | _____ |
| <input type="text"/> | Unterschrift des anstellendes Arztes/Leiter MVZ |