

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)

Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes

Stempel der Gemeinschaftspraxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des anstellendes Arztes/Leiter MVZ