

QUALITÄTSMERKMALSÄNDERUNG

Hausarztzentrierte Versorgung
Bayerischer Hausärzteverband e.V.

Nachfolgend aufgeführt finden Sie alle derzeit für bayerische HzV-Verträge relevanten Qualitätsmerkmale. Bitte beachten Sie, dass die Qualitätsmerkmale erst **ab dem Meldedatum berücksichtigt** werden können. Eine Nachvergütung ist nicht möglich.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an folgende Faxnummer: **01805/00 24 25 419**

Qualitätsmerkmal	Wird erbracht durch	Liegt vor	Liegt nicht vor	Gültig bis
Akupunktur	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergologie	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behandlung Diabetischer Fuß	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Belastungs-EKG	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirotherapie	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg./ extremitäten-versorg. Gefäße	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMP-Teilnahme (hausärztlich relevante DMP) (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD)	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□			
Hautkrebsscreening	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: □□□□□□□□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Qualitätsmerkmal	Wird erbracht durch	Liegt vor	Liegt nicht vor	Gültig bis
Kleine Chirurgie	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebsfrüherkennungs-untersuchung Frau	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboruntersuchung i.R.d. Neugeborenen-Screenings	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langzeit-EKG	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langzeit-RR	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prokto-/Rektoskopie	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualifikation zur Verordnung von Leistungen der med. Rehabilitation	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie-Abdomen	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie-Schilddrüse	Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Praxispartner LANR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum _____

Unterschrift des Arztes und Vertragsarztstempel