Meldeformular VERAH®

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND
Hausärzteverband Hamburg e.V.

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Hamburg

Per E-Mail an die HÄVG unter: verah-vdm@haevg-rz.de
Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 501
(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Pro VERAH® nur ein Formular ausfüllen! (Ausnahmen sind Praxisgemeinschaften)

Eine VERAH® kann gemäß der Vergütungsanlage des entsprechenden HZV-Vertrages in Hamburg einen Zuschlag oder weitere von der VERAH® abhängige Vergütungen auslösen.

Der VERAH®-Zuschlag bzw. die weiteren von der VERAH® abhängigen Vergütungen werden erstmalig ab dem Folgequartal der erfolgreich abgeschlossenen VERAH®-Fortbildung vergütet, frühestens im auf das Meldequartal folgenden Quartal.

Die Vergütung des VERAH®-Zuschlags erfolgt nur für Quartale, in denen die VERAH® ein vollständiges Quartal in der Praxis tätig ist.

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften: Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH®, müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

Weitere Informationen und Unterlagen finden Sie auf unserer Homepage: **www.hzv.de**

Stammdaten der Praxis

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ
☐ Praxisgemeinschaft ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Betriebsstättennummer

Nachname (eines teilnehmenden HZV-Arztes in der Praxis)

Vorname

Angaben zur VERAH® (pro Praxis / pro VERAH® bitte ein Formular ausfüllen)

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

Abschluss der VERAH®-Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)

Anzahl der Stunden, die Ihre VERAH® in der Praxis pro Woche tätig ist (gem. Arbeitsvertrag): Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ **1,00 Stelle (ab 28,1 h pro Woche)** ☐ **0,75 Stelle (ab 19,01 – 28 h pro Woche)** ☐ **0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)**

☐ Die VERAH® arbeitet ab dem _____ in der oben genannten Praxis.

Folgende Änderungen haben sich bei der in meiner Praxis beschäftigten VERAH® ergeben:

☐ Ich möchte die oben genannte VERAH® zu folgendem Datum **abmelden:** _____

☐ Die Arbeitszeiten haben sich seit dem _____ wie folgt geändert:

☐ 1,00 Stelle (ab 28,1 h pro Woche) ☐ 0,75 Stelle (ab 19,01 – 28 h pro Woche) ☐ 0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)

☐ Die VERAH® ist seit dem / ab _____ im Mutterschutz / in Elternzeit.

Bei Rückkehr der VERAH® aus dem Mutterschutz / der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ
Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis