

Meldeformular VERAH

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Hessen



Hausärzteverband Hessen



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

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

Der VERAH-Zuschlag bzw. die weiteren von der VERAH abhängigen Vergütungen werden erstmalig vergütet ab dem Folgequartal der erfolgreich abgeschlossenen VERAH-Fortbildung, 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.



Pro VERAH nur ein Formular ausfüllen!

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften:

Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis	MVZ	Haupt-Betriebsstättennummer
Praxisgemeinschaft	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	_____
Nachname (einer teilnehm. HZV-Ärztin / eines teilnehm. HZV-Arzt 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 (ab 19 h pro Woche)

Die VERAH arbeitet ab dem _____ in der oben genannten Praxis

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

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

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

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

MUTTERSCHUTZ / ELTERNZEIT: Die VERAH ist seit dem/ab _____ im Mutterschutz / in Elternzeit

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Praxis

Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt bzw. Vertretungsberechtigte/r für das MVZ
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

Bitte senden an: ✉ Fallmanagement-VERAH@haevg-rz.de ☎ 01805 - 00 24 25 501

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage 🌐 www.hzv.de

Stand 04/2024

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)