

Meldeformular VERAH®

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung (HZV) in Bayern



**Formular gilt nicht für AOK Bayern! Bitte
benutzen Sie hierfür das gesonderte Formular**

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 501

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

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

Eine VERAH® kann gemäß der Vergütungsanlage des entsprechenden HZV-Vertrages in Bayern 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.hausaerzteverband.de

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft	MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Betriebsstättennummer
Nachname (eines teilnehmenden 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

<input type="checkbox"/> 1,00 Stelle (ab 28,1 h pro Woche)	<input type="checkbox"/> 0,75 Stelle (ab 19,01 – 28 h pro Woche)	<input type="checkbox"/> 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