

# 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**

(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 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.hzv.de](http://www.hzv.de)

## Stammdaten der Praxis

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	Betriebsstättennummer
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="text"/>

Nachname (eines teilnehmenden HZV-Arzt(e)s in der Praxis)	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	
<input type="text"/>	

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 seitdem  wie folgt geändert:

<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® ist seitdem / 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