

Meldeformular VERAH[®]



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung (HZV) in Bremen

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

Bitte immer **VERAH[®]-Urkunde beilegen**

(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 Bremen 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.hausaerzterverband.de

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis

MVZ

Betriebsstättennummer

Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname (eines teilnehmenden HZV-Arztes in der Praxis)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Angaben zur VERAH[®] (pro Praxis / pro VERAH[®] bitte ein Formular ausfüllen und VERAH[®]-Urkunde beilegen)

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

--

Stempel der Arztpraxis

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--