

# Meldeformular VERAH®



Deutscher Hausärzteverband  
Landesverband  
Rheinland-Pfalz e. V.



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung (HZV) in Rheinland-Pfalz

**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 Rheinland-Pfalz 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](http://www.hausaerzteverband.de)

## Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis

MVZ

Betriebsstättennummer

Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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

Nachname (eines teilnehmenden HZV-Arzt(e)s 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

--

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

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

**Stempel der Arztpraxis**

--