



zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung (HZV) in Schleswig-Holstein

**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 Schleswig-Holstein 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](http://www.hausaerzterverband.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 in der Praxis)	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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 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**