Meldeformular VERAH®

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND
Landesverband Baden-Württemberg e.V.

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

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 Baden- Württemberg 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 auf das dem Meldequartal folgenden Quartal.

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
☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
☐ MVZ

Betriebsstättennummer

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)** max. 750 VERAH®-Zuschläge	☐ **0,75 Stelle (ab 19,01 – 28 h pro Woche)** max. 563 VERAH®-Zuschläge	☐ **0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)** max. 375 VERAH®-Zuschläge

☐ 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