

Meldeformular VERAH®

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Baden-Württemberg
gemäß § 73 b SGB V



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

**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 folgendem Quartal.

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften: Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH®, müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft BAG ÜBAG

BSNR

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

HÄVG ID

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

Nachname (eines teilnehmenden HZV-Arzt(e)s in der Praxis)

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

Vorname

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

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

Nachname

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

Vorname

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

Geburtsname

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

MFA ID

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

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 ankreuzenAls VERAH® in der oben genannten Praxis tätig ab dem

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

 in folgendem Umfang:

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)**
max. 750 VERAH®-Zuschläge max. 563 VERAH®-Zuschläge max. 375 VERAH®-Zuschläge

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/ärztin

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis
