Meldeformular akademische(r) nichtärztliche(r) Heilberufler:in / Gesundheitsberufler:in

zu dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax inkl. Nachweis an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: praxisberatung@haevbw.de

Pro a.n. Heilberufler:in nur ein Formular ausfüllen
(Ausnahmen sind Praxisgemeinschaften)

Ein(e) akademische(r) nichtärztliche(r) Heilberufler:in / Gesundheitsberufler:in (kurz „a.n. Heilberufler:in“) ist gemäß der Vergütungsanlagen der HZV-Verträge mit der AOK BW, der GWQ, IKK classic, BKK LV Süd und Bosch BKK zuschlagsauslösend. Zu den Heilberufen/ Gesundheitsberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten erfasst. Für die rechtmäßige Beantragung des Zuschlags ist eine akademische nichtärztliche Ausbildung des/der Heilberufler:in / Gesundheitsberufler:in (im Kontext der heilberuflichen Tätigkeit) und der entsprechende Nachweis dieser erforderlich (z.B. zum Physician Assistant, Primary Care Manager, akademisierte Pflegefachperson, akademisierte/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in, akademisierte Hebamme, akademisierte/r Physiotherapeut:in, akademisierte/r Ergotherapeut:in, akademisierte/r Altenpfleger:in). Bitte legen Sie die Abschlussurkunde bzw. das -zeugnis bei. Der Zuschlag wird erstmalig ab dem Folgequartal der erfolgreich abgeschlossenen akademischen Ausbildung vergütet, frühestens auf das dem Meldequartal folgendem Quartal.

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften: Bei einer Praxisgemeinschaft mit einem/r gemeinsamen a.n. Heilberufler:in muss je Ärztin bzw. Arzt in der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausgefüllt werden.

Stammdaten der Praxis

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ BAG ☐ ÜBAG

BSNR

HÄVG ID

Nachname (eines teilnehmenden/r HZV-Ärzt:in in der Praxis)

Vorname

Angaben zum/zur a.n. Heilberufler:in (pro Praxis / pro a.n. Heilberufler:in bitte ein Formular ausfüllen)

Nachname

Vorname

Geburtsname

MFA ID (wenn vorhanden)

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

Abschluss der akademischen Ausbildung (TT.MM.JJJJ)

Anzahl der Stunden, die der/die a.n. Heilberufler:in in der Praxis pro Woche tätig ist (gem. Arbeitsvertrag): Zutreffendes bitte ankreuzen

Als a.n. Heilberufler:in in der o.g. Praxis tätig ab dem _____ in folgendem Umfang:

☐ **1,00 Stelle (ab 38h pro Woche)** ☐ **0,75 Stelle (ab 28,5 – 37,9h pro Woche)** ☐ **0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)**

Folgende Änderungen haben sich bei dem/der in meiner Praxis beschäftigten a.n. Heilberufler:in ergeben:

☐ Ich möchte den/die oben genannte a.n. Heilberufler:in zu folgendem _____ Datum abmelden:

☐ Die Arbeitszeiten haben sich seit dem _____ wie folgt geändert:

☐ 1,00 Stelle (ab 38 h pro Woche) ☐ 0,75 Stelle (ab 28,5 – 37,9 h pro Woche) ☐ 0,50 Stelle (19 Stunden pro Woche)

☐ Der/die a.n. Heilberufler:in ist seit dem / _____ ab im Mutterschutz / in Elternzeit.

Bei Rückkehr des/der a.n. Heilberufler:in 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

Stand 01.04.2025