Meldeformular VERAH®

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

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: haevgpostfach@haevbw.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-Arztes 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 ankreuzen

Als VERAH® in der oben genannten Praxis tätig ab dem _____ in folgendem Umfang:

☐ **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

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