

Meldeformular VERAH®



zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Niedersachsen

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 501

(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 Niedersachsen 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.haev.de

Stammdaten der Praxis

- Einzelpraxis MVZ Betriebsstättennummer
 Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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

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): Bitte Zutreffendes ankreuzen

- 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® 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 seitdem 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 seitdem / ab im Mutterschutz / in Elternzeit.

Bei Rückkehr der VERAH® aus dem Mutterschutz / der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen

**Unterschrift Vertragsarzt /
Vertretungsberechtigte/r für das
MVZ**

Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis