

Meldeformular VERAH

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1
zwischen BHÄV und AOK Bayern



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

Bitte immer VERAH®-Urkunde beilegen

Bitte beachten Sie beide Seiten des Meldeformulars!

(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 HzV-Vertrages einen Aufschlag P1b und/oder weitere von der VERAH abhängige Vergütungen „Besuch durch VERAH“ auslösen.

Der Aufschlag P1b wird erstmalig ab dem Quartal vergütet, das auf das Quartal folgt, in dem dieses Meldeformular an die HÄVG vollständig übermittelt wurde und die Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit vorliegen. Meldungen von Änderungen des Beschäftigungsumfanges der VERAH wirken ab dem Folgequartal.

Die Vergütung des Aufschlags P1b erfolgt nur für Quartale, in denen die VERAH ein vollständiges Quartal in der Praxis tätig ist.

Die Leistung „Besuch durch VERAH“ kann in dem Zeitraum erbracht und vergütet werden, in dem eine VERAH sozialversicherungspflichtig in der Praxis tätig ist.

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften (PG): Bei einer PG mit einer gemeinsamen VERAH müssen zwei Ärzte der PG ein Formular ausfüllen.

Sonderregelung bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG): Bei einer überörtlichen BAG ist zusätzlich die nach § 15a Abs. 4 S. 4 BMV-Ä gegenüber der KVB benannte BSNR des Vertragsarztsitzes anzugeben.

Weitere Informationen und Unterlagen finden Sie auf folgender Homepage: www.hausaerzteverband.de

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis	MVZ	BSNR
Praxisgemeinschaft	BAG	
	überörtliche BAG (benannter Vertragsarztsitz)	BSNR

Nachname (eines teilnehmenden HzV-Arztes in der Praxis) Vorname

Angaben zur VERAH (pro Praxis / pro VERAH bitte ein Formular ausfüllen und VERAH® - Urkunde(n) beilegen)

Nachname	Vorname
Geburtsname	
Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)

Anzahl der Stunden, die Ihre VERAH gem. Arbeitsvertrag in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Praxis pro Woche tätig ist: Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Vollzeit beschäftigt (mind. 36 Wochenstunden)	<input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt (mind. 28 Wochenstunden)	<input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt (mind. 19 Wochenstunden)	<input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt (weniger als 19 Wochenstunden)
Die VERAH arbeitet seit/ab dem (TT.MM.JJJJ)		sozialversicherungspflichtig 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:

(TT.MM.JJJJ)

Hinweis: Die VERAH ist abzumelden bei

- **Eintritt in den Mutterschutz/die Elternzeit**
- **Ende der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung**

Die Arbeitszeiten haben sich seit/ab dem

wie folgt geändert:

(TT.MM.JJJJ)

Vollzeit beschäftigt (mind. 36 Wochenstunden)	Teilzeit beschäftigt (mind. 28 Wochenstunden)	Teilzeit beschäftigt (mind. 19 Wochenstunden)	Teilzeit beschäftigt (weniger als 19 Wochenstunden)
--	--	--	--

Hinweis: Bei Reduzierung des Beschäftigungsumfangs auf unter 19 Wochenstunden ist keine Vergütung des Aufschlags P1b möglich.

Die VERAH kehrt ab dem

aus dem Mutterschutz/der Elternzeit in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zurück:

(TT.MM.JJJJ)

Bei Rückkehr der VERAH aus dem Mutterschutz/der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen und die aktuellen Arbeitszeiten angeben.

Namensänderung der VERAH seit/ ab dem:

(TT.MM.JJJJ)

Neuer Name:

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)

Stand 22.03.2017