

Bayerischer
Hausärztinnen- und
Hausärzteverband

Pro Mitarbeitenden nur ein Formular ausfüllen! (Ausnahmen sind Praxisgemeinschaften)

Ausgefülltes und eingereichtes Meldeformular ist Voraussetzung für die Vergütung der vertraglich geregelten Leistungen.

☐ Einzelpraxis	☐ MVZ	BSNR [][][][][][][][][][][][][][][]
☐ Praxisgemeinschaft	☐ BAG	
	☐ überörtliche BAG (benannter Vertragsarztsitz)	BSNR [][][][][][][][][][][][][][][]

--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

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

[illegible]

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

Angaben zum/zur Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe (pro Praxis/Mitarbeitenden bitte ein Formular ausfüllen und Bachelor- Urkunde(n) beilegen)

[illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--

--	--	--	--

Anzahl der Stunden zur Beschäftigung gem. Arbeitsvertrag in der Praxis pro Woche: Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ Teilzeit beschäftigt
(weniger als 19 Wochenstunden)[illegible]

(TT.MM.JJJJ)

sozialversicherungspflichtig in der oben genannten Praxis.

Folgende Änderungen haben sich bei dem/der in meiner Praxis beschäftigten Mitarbeitenden ergeben:

☐ Ich möchte den/die oben genannte Mitarbeitende abmelden zum:

Hinweis: Der/die Mitarbeitende ist abzumelden bei Eintritt in den Mutterschutz/die Elternzeit oder Ende der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung

(TT.MM.JJJJ)

☐ Der/die oben genannte Mitarbeitende kehrt aus dem Mutterschutz/der Elternzeit zurück zum:

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

(TT.MM.JJJJ)

☐ Der Beschäftigungsumfang hat sich geändert zum:

☐ Vollzeit beschäftigt
(mind. 36 Wochenstunden)

☐ Teilzeit beschäftigt
(mind. 28 Wochenstunden)

☐ Teilzeit beschäftigt
(mind. 19 Wochenstunden)

☐ Teilzeit beschäftigt
(weniger als 19 Wochenstunden)

(TT.MM.JJJJ)

Bitte beachten Sie, dass sich bei einer Änderung des Stundenumfangs die vertraglich vereinbarte Gesamtzahl des Zuschlags entsprechend anpassen kann bzw. bei einer Beschäftigung von weniger als 19 Wochenstunden vollständig entfällt.

☐ Namensänderung des Mitarbeitenden seit/ ab dem:

--	--

--	--

--	--	--	--

(TT.MM.JJJJ)

[illegible]

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

--	--

Stempel der Arztpraxis

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--