

Meldeformular VERAH

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Brandenburg



Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA)



Hausärzterverband Brandenburg e.V.



Hausarzt Zentrierte Versorgung

Eine VERAH kann gemäß der Vergütungsanlage des entsprechenden HZV-Vertrages in Brandenburg einen Zuschlag oder weitere von der VERAH abhängige Vergütungen auslösen.

Der VERAH-Zuschlag bzw. die weiteren von der VERAH abhängigen Vergütungen werden erstmalig vergütet ab dem Folgequartal der erfolgreich abgeschlossenen VERAH-Fortbildung, 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.



Pro VERAH nur ein Formular ausfüllen!

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften:

Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

Stammdaten der Praxis

Einzelpraxis	MVZ	Haupt-Betriebsstättennummer
Praxisgemeinschaft	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	_____
Nachname (einer teilnehm. HZV-Ärztin / eines teilnehm. HZV-Arzt 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): Zutreffendes bitte ankreuzen

1,00 Stelle (ab 28,1 h pro Woche) 0,75 Stelle (ab 19,01 - 28 h pro Woche) 0,50 Stelle (ab 19 h pro Woche)

Die VERAH arbeitet ab dem _____ in der oben genannten Praxis

Folgende Änderungen haben sich bei der in meiner Praxis beschäftigten VERAH ergeben:

ABMELDUNG: Ich möchte die oben genannte VERAH zu folgendem Datum **abmelden:** _____

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

1,00 (ab 28,1 h pro Woche) 0,75 Stelle (ab 19,01 - 28 h pro Woche) 0,50 Stelle (ab 19 h pro Woche)

MUTTERSCHUTZ / ELTERNZEIT: Die VERAH ist seit dem/ab _____ im Mutterschutz / in Elternzeit

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Praxis

Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt bzw. Vertretungsberechtigte/r für das MVZ
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

Bitte senden an: ✉ Fallmanagement-VERAH@haevg-rz.de ☎ 01805 - 00 24 25 501

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage 🌐 www.hzv.de

Stand 04/2024

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)