

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 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 Beschäftigungsumfangs 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 der 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.haev.de

Stammdaten der Praxis

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	BSNR
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> überörtliche BAG (benannter Vertragsarztsitz)	BSNR
		<input type="text"/>

Nachname (eines teilnehmenden HzV-Arzt in der Praxis)	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur VERAH (pro Praxis / pro VERAH bitte ein Formular ausfüllen)

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	
<input type="text"/>	
Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)
<input type="checkbox"/> Die VERAH arbeitet seit/ab dem		<input type="text"/>	sozialversicherungspflichtig in der oben genannten Praxis.
		(TT.MM.JJJJ)	

