



Meldeformular Beschäftigung von Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Heilberufe / Gesundheitsberufe

Gemäß der Vergütungsanlage des entsprechenden HZV-Vertrages kann eine Beschäftigung einer/s Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Heilberufe / Gesundheitsberufe einen Zuschlag oder weitere von dieser / diesem Mitarbeitenden abhängige Vergütungen auslösen.

Zu den Heilberufen / Gesundheitsberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten erfasst. Erforderlich für die rechtmäßige Abrechnung des Zuschlags ist eine akademische nichtärztliche Ausbildung des / der Heilberufler*in / Gesundheitsberufler*in (im Kontext der heilberuflichen Tätigkeit) und der entsprechende Nachweis dieser (z. B. zum Physician Assistant, Primary Care Manager, akademisierte Pflegefachperson, akademisierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft, akademisierte Hebamme, akademisierte/r Physiotherapeut*in, akademisierte/r Ergotherapeut*in, akademisierte Altenpflegefachkraft).

Bitte legen Sie die Bachelor-Urkunde bei.



**Pro Mitarbeiter*in
ein Formular ausfüllen.**

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften:

Bei einer Praxisgemeinschaft mit einem/r gemeinsamen Mitarbeitenden mit akademischem nichtärztlichem Heilberuf / Gesundheitsberuf muss pro BSNR jeweils ein Formular ausgefüllt werden.

1. Stammdaten der Praxis

Art der Praxis: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft MVZ Berufsausübungsgemeinschaft

Nachname (einer teilnehmenden HZV-Ärztin/
eines teilnehmenden HZV-Arztbes in der Praxis)

Vorname

Haupt-Betriebsstättennummer

2. Angaben zur / zum Mitarbeitenden mit a. n. Heilberufe / Gesundheitsberufe

Pro Praxis / pro Mitarbeiter*in bitte ein Formular ausfüllen und Bachelor-Urkunde(n) beilegen.

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

Bachelor-Abschluss am TT.MM.JJJJ

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

1 Stelle (ab 38h/Woche)

0,75 Stelle (ab 28,5h/Woche)

0,5 Stelle (ab 19h/Woche)

die/der Mitarbeitende arbeitet ab dem

_____ Datum (TT.MM.JJJ)

in der oben genannten Praxis



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

Abmeldung: Ich möchte die / den oben genannte/n Mitarbeitende/n zu folgendem Datum abmelden: _____
Datum (TT.MM.JJJ)

Änderung: Die Arbeitszeiten haben sich seit dem _____ wie folgt geändert:
Datum (TT.MM.JJJ)

1 Stelle (ab 38h/Woche)

0,75 Stelle (ab 28,5h/Woche)

0,5 Stelle (ab 19h/Woche)

Mutterschutz / Elternzeit: Die / der Mitarbeitende ist seit / ab dem _____ in Mutterschutz / Elternzeit
Datum (TT.MM.JJJ)

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

4. Unterschriften

Datum (TT.MM.JJJ)

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

Stempel der Praxis