Meldeformular Beschäftigung von Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Heilberufe / Gesundheitsberufe

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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-Arztes 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

Bitte senden an: hzv-stammdaten-praxisberufe@hzv.de 02203 57 56-1111
Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.hzv.de

Stand 11/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)

Meldeformular Beschäftigung von Mitarbeitenden akademischer nichtärztlicher Heilberufe / Gesundheitsberufe

Hausarzt Zentrierte Versorgung

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

Bitte senden an: ✉ hzv-stammdaten-praxisberufe@hzv.de ☎ 02203 57 56-1111
Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: 🌐 www.hzv.de

Stand 11/2026
(Max. EUR 0,14 / Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42 / Minute)