Meldeformular VERAH

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Sachsen

Sächsischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Hausarzt Zentrierte Versorgung

Eine VERAH kann gemäß der Vergütungsanlage des entsprechenden HZV-Vertrages in Sachsen 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

Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Haupt-Betriebsstättennummer _____

Nachname (einer teilnehm. HZV-Ärztin / eines teilnem. HZV-Arztes in der Praxis) _____

Vorname _____

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

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsname _____

MFA ID _____

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 (bis 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 (bis 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: hzv-stammdaten-verah@hzv.de

Stand 09/2026

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