

**Beantragung des Zuschlages VERAH®mobil**Hausärztinnen- und  
Hausärzterverband  
Baden-WürttembergHÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

- VERAH®mobil\_Auto
- VERAH®mobil\_eAuto
- VERAH®mobil\_eBike

Im HZV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg.

**Wichtig:** Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: verahmobil@haevbw.de

Zu dem abgeschlossenen Leasingvertrag/Leasingverträgen zur Nutzung eines oder mehrerer VERAH®mobil, wird eine Bezuschussung der Leasingrate in Höhe von **360 Euro** für VERAH®mobil\_Auto, bzw. **600 Euro** für VERAH®mobil\_eAuto, bzw. **150 Euro** VERAH®mobil\_eBike je Quartal gewährt. Die Voraussetzungen der Bezuschussung und die Abrechnungsmodalitäten finden sich im Anhang 8 zur Anlage 12 des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg.

Die Bezuschussung eines VERAH®mobil kann nur in Verbindung mit der Beschäftigung und Meldung einer VERAH® nach Anhang 4 der Anlage 12 oder einer/s a.n. Heilberufler:in nach Anlage 12 gewährt werden. Beim Ausscheiden der VERAH®/ a.n. Heilberufler:in aus der Praxis wird der Zuschlag VERAH®mobil noch für das auf das Ausscheiden der VERAH®/ a.n. Heilberufler:in® folgende Quartal gewährt. Erfolgt innerhalb dieser Zeit kein Nachweis über die Neueinstellung einer VERAH®/ a.n. Heilberufler:in oder den Beginn einer/s Ausbildung/Studiums zur VERAH®/ a.n. Heilberufler:in einer der Medizinischen Fachangestellten der Praxis, wird der Zuschlag nicht länger gewährt.

**Die Hausarztpraxis als Arbeitgeber der VERAH®/ a.n. Heilberufler:in verpflichtet sich, bei einer Aussetzung oder Beendigung der Beschäftigung der VERAH®/ a.n. Heilberufler:in, dies unverzüglich an die HÄVG AG zu melden.**

**Angaben zum Leasingvertrag\***

Vertragsnummer

Übernahme des VERAH®mobil am (TT.MM.JJJJ)

**Stammdaten der Praxis** Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft BAG ÜBAG Herr

Titel

LANR

BSNR

HÄVG ID

 Frau

Nachname

Vorname

Straße &amp; Hausnummer

Faxnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

**Angaben zur VERAH®/ a.n. Heilberufler:in, die zur Nutzung eines VERAH®mobil berechtigt ist**

Nachname

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Abschluss der/s Ausbildung/Studiums am (TT.MM.JJJJ)

Die Hausarztpraxis als Arbeitgeber der benannten VERAH®/ a.n. Heilberufler:in und Leasingnehmer eines VERAH®mobil\_Auto und VERAH®mobil\_eAuto bestätigt hiermit ausdrücklich, dass das von ihr geleaste Fahrzeug der VERAH®/ a.n.Heilberufler:in zur dienstlichen, sowie zur privaten Nutzung zur Verfügung gestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift HZV-Vertragsarzt / Leasingnehmer\_\_\_\_\_  
Unterschrift VERAH®/ a.n. Heilberufler:in**Unterschrift Vertragsarzt/ärztin**

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

**Datum (TT.MM.JJJJ)****Stempel der Arztpraxis**

\*Der HÄVG bleibt es unbenommen, eine Kopie des Leasingvertrages einzufordern (Stichprobenprüfung)