

## Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n

### Hausärztin/Hausarzt

#### in Brandenburg



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

Bitte per E-Mail ([praxisuebergabe@hzv.de](mailto:praxisuebergabe@hzv.de)) oder  
Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln

#### **Stammdaten anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ** (inkl. Praxisadresse)

Einzelpraxis  Praxisgemeinschaft  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  MVZ

Herr Titel       LANR           BSNR

Frau

Praxisname/ Name BAG/ MVZ

HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ       Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

#### **Stammdaten angestellte/r Hausärztin/Hausarzt** (inkl. Praxisadresse)

Herr Titel       LANR           HÄVG-ID

Frau

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ       Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

Handelt es sich bei der Praxis um eine Nebenbetriebsstätte?

Ja  Nein

BSNR (neu)

BSNR (alt/bisher)

