Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n Hausärztin/Hausarzt
in Nordrhein

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Bitte per E-Mail (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
☐ Frau

Titel

LANR

BSNR

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
☐ Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID

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)

Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n Hausärztin/Hausarzt in Nordrhein

LANR (angestellte/r Hausärztin/Hausarzt)

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber), dass mein/e zuvor genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt.
Mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt ist nicht als Sicherstellungs-/Entlastungsassistent/in in meiner Praxis beschäftigt (dann keine HZV-Fortführung möglich).

An den HZV-Verträgen mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK) können angestellte Hausärztinnen/Hausärzte nicht teilnehmen (Ausnahme: Angestelltenverhältnis im MVZ).
Sollte mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt an dem HZV-Vertrag mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK) teilnehmen, soll dieser/sollen diese beendet werden.

Das Anstellungsverhältnis gilt ab dem: Datum (TT/MM/JJ)

Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meiner/s angestellten Hausärztin/Hausarztes auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in:

Nachname

Vorname

IBAN:

BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab folgendem Quartal (QQ/JJJJ)

0 / 2 0

*Alle Zahlungen, die das dort angegebene Quartal betreffen, werden auf die neue Bankverbindung überwiesen. Beachten Sie die zeitversetze Auszahlung der Abschläge.

Unterschrift anstellende/r Praxisinhaber/in / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift angestellte/r Hausärztin/Hausarzt