Selbstauskunft zur Teilnahme am Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen

HAUSARZT

Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)
01805- 00 24 25 511
(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Titel

Nachname

Vorname

Hiermit bestätige ich die Betreuung von HZV-Versicherten in den Altenpflege- und/ oder Behinderteneinrichtungen mit folgenden IK-Nummern:

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege-/ Behinderteneinrichtung

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ