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

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

1. Stammdaten anstellende/r Praxisinhaber/in

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau Titel | LANR | HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname | Vorname

Praxisadresse

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort | BSNR

Telefonnummer | Faxnummer

E-Mail

2. Stammdaten angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

☐ Herr ☐ Frau Titel | BSNR (alt)

LANR | BSNR (neu) | HÄVG-ID

Nachname | Vorname

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaber/in), dass mein/e oben genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt.
An dem HZV-Vertrag mit der AOK/IKK können angestellte Hausärztinnen/Hausärzte nicht teilnehmen (Ausnahme: Angestelltenverhältnis im MVZ). Sollte mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt an dem HZV-Vertrag mit der AOK/IKK teilnehmen, soll dieser beendet werden.

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

Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meines/r angestellten Hausärztin/Hausarztes bitte auf folgendes Konto:

Nachname | Vorname

IBAN: | BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab dem:
Datum (TT.MM.JJ)

Unterschrift Praxisinhaber/in / ärztliche/r Leiter/in MVZ

Unterschrift angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis

Stand: Oktober 2021