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

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 Berlin

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 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 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