

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



**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)

**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 den Ersatzkassen (Barmer, DAK) und dem HZV-Vertrag mit der hkk 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) und/oder an dem HZV-Vertrag mit der hkk 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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Alle Zahlungen, die das dort angegebene Quartal betreffen, werden auf die neue Bankverbindung überwiesen. Beachten Sie die zeitversetzte 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**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--